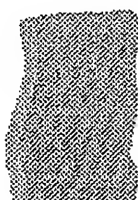
STUDIEDAG 'VROUWGERICHTE VERSLAVINGSZORG'

GEORGANISEERD DOOR :









◎ VOORWOORD

Johanna Martens

Op 15 maart werd er in Brussel een studiedag gehouden met als titel "vrouwgerichte verslavingszorg". Met zo'n thema was het dan ook passend dat deze bijeenkomst zou doorgaan in het Nationaal Centrum voor Vrouwen "Amazone", dat vorig jaar geopend werd op initiatief van Minister Miet Smet.

De organisatoren waren : Vrouwen en Hulpverlening Vlaanderen (VHV), Impuls en VAD.

VHV en Impuls hebben, respektievelijk als overkoepelend orgaan voor vrouwgerichte hulpverlening en als vormingsinstelling die zich specifiek tot vrouwen richt, reeds meer dan 10 jaar ervaring met de vrouwgerichte benadering. Binnen deze visie gaat men er steeds van uit dat problemen bij vrouwen niet enkel het resultaat zijn van hun persoonlijke geschiedenis maar ook in belangrijke mate medebepaald worden door hun maatschappelijke positie. Deze visie heeft daarinboven haar weerslag in de keuze van de gebruikte werkmethodes met de vrouwen. Tijdens de voorbije jaren werd men binnen deze kringen steeds vaker geconfronteerd met het fenomeen verslaving en er groeide dan ook een dringende vraag naar een passend antwoord.

Parallel met deze evolutie was er binnen het kader van VAD jarenlang (1986-1993) een studiegroep actief o.l.v. Marie-Roos Pattijn die zich toelegde op het probleem van alcohol- en medicatieverslaving bij vrouwen. Een aantal publikaties resulteerden hieruit o.a. door Jeanine De Belder in het Tijdschrift voor Klinische Psychologie (juni 1990, pp. 69-82). Vorig jaar organiseerde de VAD ook een avondseminarie over "Vrouwen en middelenmisbruik".

Dat deze studiedag op 15/03/1996 beantwoordde aan een reële nood of interesse, bleek duidelijk uit het aantal inschrijvingen. De ruimte die voorzien was op een 80-tal personen werd in spoed aangepast voor 100 deelnemers. De accomodatie liet dan ook wat te wensen over. Nog pijnlijker was het feit dat er een 40-tal vrouwen met de nodige assertiviteit moesten geweigerd worden. Dit was zeker geen leuke taak voor Impuls die de praktische kant van de zaak op zich genomen had.
Vorige VHV-studiedagen leverden een 60-tal deelnemers op. De "overrompeling" kan wellicht verklaard worden vanuit de actualiteit van het thema en de bredere bekendmaking via VAD.

Vanuit deze "tekortkoming" leek het ons des te belangrijk de "dorst" van de afwezigen te lessen met een kort verslag van de studiedag enerzijds en een uitvoerige weergave van

de lezingen en workshops anderzijds. De VAD-berichten en het VAD-verslagboek zijn hiervoor een geschikt kanaal.

De voormiddag werd stevig gevuld met 2 korte inleidingen en 3 lezingen.

Na de verwelkoming van Mieke Keymeulen, die de dagvoorzitter was, poogden Kris Vandekerckhove (vorige coördinatrice VHV) en Johanna Martens kernachtig een antwoord te geven op de beginvragen : "Wat is vrouwenhulpverlening ?" en "Wat is verslaving eigenlijk ?"

Daarop volgden drie lezingen over :
- "Vrouwen en alcohol" door Frieda Matthijs, psychiater en directrice van Altox CGGZ, Antwerpen.
- "Vrouwen en medicatie" door Anita De Winter, psychiater en psychotherapeute van het Psychiatrisch Centrum te Sleidinge.
- "Vrouwen en drugs" door Annemie Vermassen, huisarts en psychologe, verbonden aan het Antwerps Drug Interventie Centrum (ADIC).

In de namiddag vonden er 3 parallelle workshops plaats m.b.t. vrouwgerichte behandelingsmethodes. In elke workshop kwam zowel de ambulante als de residentiële sector aan bod.
Voor "Vrouwen met een alcoholverslaving" verzorgden Frieda Matthijs en Marie-Roos Pattijn de inleiding en de animatie van de discussie. Marie-Rose Pattijn is als psychologe-psychotherapeute werkzaam in het Psychiatrisch Ziekenhuis van de Broeders Alexianen te Tienen.

Lieve Jordens, maatschappelijk werkster bij het CAD te Hasselt en Toxan-Limburg, en Anita De Winter verzorgden de workshops "Vrouwen met medicatieverslaving".

De workshop "Vrouwen met drugverslaving" werd geanimeerd door Riet Schelles, orthopedagoge van het dagcentrum De Sleutel te Antwerpen en Johanna Martens, Doctor in de Psychologie en psychotherapeute, werkzaam in de therapeutische Gemeenschap "De Spiegel" te Brussel.

Na de korte rapportering uit de workshops werd als conclusie van de dag naar voor geschoven dat de extensieve aanpak van het thema een zeer nuttige en leerzame inleiding was, maar dat deze nu zou kunnen aangevuld worden door een verdere uitdieping o.a. op het vlak van de methodes.

Tijdens de eindreceptie kon er nog even "alcohol-vrij" nagepraat worden en kon de netwerkontwikkeling nog gestimuleerd worden, vóór iedereen via de Brusselse "files" zich een weg naar huis zou pogen te banen.

◎ PROGRAMMA

09u30 Koffie en onthaal

09u30 Welkom
Mieke van Keymeulen, dagvoorzitster

Inleiding
Wat is vrouwenhulpverlening ?
Kris Vandekerckhove

Wat is verslaving eigenlijk ?
Johanna Martens

Lezing 1 : **Vrouwen en alcohol**
Frieda Matthijs
Lezing 2 : **Vrouwen en medicatie**
Anita De Winter
Lezing 3 : **Vrouwen en drugs**
Annemie Vermassen

12u00 Vragen en discussie

12u30 Lunch

14u00 Parallelle workshops
Vrouwgerichte behandelingsmethodes

1. Vrouwen met alcoholverslaving
Frieda Matthijs en Marie-Roos Pattijn
2. Vrouwen met medicatieverslaving
Anita De Winter en Lieve Jordens
3. Vrouwen met drugverslaving
Johanna Martens en Riet Schelles

16u15 Rapportering uit de workshops en conclusies voor een vrouwgerichte verslavingszorg

17u00 Receptie

◎ Vrouwgerichte verslavingszorg

Kris Vandekerckhove
Voormalige VHV-coördinatrice
CGGZ, St. Amandsberg

❶ Wat is Vrouwenhulpverlening ?

Bij vrouwenhulpverlening staat het inzicht centraal dat er bij veel vrouwen een voortdurend conflict is tussen de normen die de maatschappij aan hen stelt en die ze zich eigen hebben gemaakt enerzijds, en hun identiteit, behoeften en verlangens als vrouw, anderzijds. Vrouwenhulpverlening heeft specifieke methoden ontwikkeld die vrouwen helpen om zich bewust te worden van het verband tussen hun problemen en de maatschappelijke rol en positie.
Tenslotte nodigt vrouwenhulpverlening de vrouwen uit tot verandering in plaats van tot aanpassing.

❷ Welke zijn nu de theoretische uitgangspunten ?

Klachten en problemen worden opgevat als voortkomend uit een conflict. Soms ligt dat conflict op extern niveau, soms op een intrapsychisch niveau, soms echter tussen beide niveaus, dit in de relatie met anderen en met de omgeving.
Klachten en problemen worden gezien als het gevolg van oplossingsstrategieën voor dergelijke conflicten, die op het moment van hun ontstaan de best mogelijke waren, maar nu hun doel voorbij schieten.

❸ Wat doet vrouwenhulpverlening ?

- ***Op extern niveau zal vrouwenhulpverlening de aard en de oorzaak van de problemen in verband brengen met de sociale rol en de positie van de vrouw in de maatschappij.***

De invloed van sexerollen, of beter van gender, wordt expliciet bij de behandeling betrokken.
Concreet : vrouwen kunnen in conflict komen met de normen die de maatschappij hen stelt en de identiteit, de behoeften en verlangens die ze zich eigen gemaakt hebben. vb. We kunnen vrouwen in drie grote groepen onderbrengen vanuit de positie die ze gekozen hebben om hun leven in te richten :

✓ De traditionele vrouwen, die zorgen voor 'gezin' en 'thuiswerk' verrichten.

✓ De carrière-vrouwen die hard werken (± 60 u). Zij hebben vaak geen kinderen.
✓ De vrouwen met een dubbele belasting : een gezin en een werk buitenhuis.

In elke positie waarin deze vrouwen leven zijn er risico's en moeilijkheden.

✓ De traditionele vrouwen : hebben grote kans op depressie, dragen vaak financiële risico's. Ze zijn zgn. afhankelijk van de partner, hebben een lage sociale status, hebben soms eigen ambitie laten varen, leven geïsoleerd, ervaren door anderen weinig maatschappelijke waardering en zijn volgens anderen niet genoeg geëmancipeerd. Deze situatie kan leiden tot spanningen en deze vrouwen kunnen oplossingen zoeken in het drinken : thuis drinken, al of niet verborgen voor de omgeving.

✓ De carrière-vrouwen : van hen wordt verondersteld dat ze veel geld hebben want ze werken hard, kennen vaak gebrek aan emotionele ondersteuning, leven onder spanning en stress. Ook zij kunnen de oplossing zoeken in drank- en medicatiegebruik.

✓ De vrouwen met de dubbele dagtaak en belasting : gezin en werk zijn soms moeilijk te combineren. Ze organiseren voortdurend, zetten zich honderd procent in voor het gezin en honderd procent voor het werk. Ze willen laten zien dat het niet ten koste gaat van het gezin of van het werk.
Er is veel inzet en veel gevoel van tekort komen : het bekende schuldgevoel.

De vrouwen in deze verschillende posities en situaties ervaren moeilijkheden, spanning en conflicten. De normen die de maatschappij aan hen stelt kunnen doorwegen en kunnen leiden tot het nemen van alcohol, medicatie of drugs.
Zij proberen op die manier een (pseudo)oplossing te zoeken.

❹ Wat biedt vrouwenhulpverlening nu :

✓ Vrouwenhulpverlening zal vrouwen uitnodigen tot verandering.
Dat betekent dat vrouwen zich niet noodzakelijk hoeven aan te passen aan de rollen, doch kunnen leren hun eigen verlangens, behoeften en waarden te volgen. Vrouwenhulpverlening zal hen daarin ondersteunen en met hen zoeken naar hun vaak verloren eigen referentiekader.
Vrouwenhulpverlening vertrekt van het standpunt dat iedere vrouw een volwaardig individu is. Elke vrouw weet in principe zelf wat goed voor haar is.
Zij bepalen zelf tijdens de therapie hun doelen, ze weten wat ze willen bereiken en het therapieproces is een voortdurend wikken en wegen.

Vrouwenhulpverlening zal voor dit veranderingsproces verschillende methodes gebruiken, afkomstig uit verschillende therapeutische modellen, maar die getoetst zijn op hun toepassing voor vrouwen.

✓ Vrouwenhulpverlening zal ook de dagelijks geleefde werkelijkheid van vrouwen stelselmatig betrekken bij de behandeling.
Zij zal daarbij veel aandacht besteden aan het hoe van de dingen : hoe interacties verlopen en hoe interactie-spiralen ontstaan, wie welke taken doet en wie niet. Daarbij gaat er vooral aandacht naar de machtsverhouding en de eigen leefwereld.
Er is meer sprake van de therapeut als gids, dan als goeroe of leermeester.
Elke therapierelatie is weliswaar gekenmerkt door een verschil in macht en kennis. VHV zal dat verschil echter zo transparant mogelijk houden. Dat wil zeggen dat er over de oorzaak, betekenis, aard van de klachten, vorm en doel, en over de aard van de relatie maximale openheid bestaat.
Vanuit vrouwenhulpverlening luidt het therapeutisch adagium : we bieden maximale openheid over de hulpverlening samen met maximale betrokkenheid, dit met behoud van de erkenning van de verschillen en van de wederzijdse grenzen.

- ***Conflicten kunnen zich ook situeren op individueel intrapsychisch vlak***

Hier zien we dat vrouwen vaak een dubbel negatief geïnternaliseerd zelfbeeld ontwikkelen. In de maatschappij worden vrouwen nog steeds gezien als minder waard dan mannen, als ondergeschikt aan mannen. Mensen die als minderwaardig worden beschouwd slikken dus het negatieve beeld dat over hen bestaat in en gaan daar zelf ook in geloven. Zo krijgen ze een negatief beeld van zichzelf en van hun soortgenoten. Ook slikken de vrouwen de vooroordelen in die over hen bestaan. Zo denken veel vrouwen, die hun situatie niet aankunnen, dat zij pijnlijk tekort schieten. Zij betrekken dat volledig op zichzelf.
Waarom dubbel ? Dit gevoel van tekortschieten, je schuldig weten, nog versterkt wordt als je afhankelijk wordt van alcohol, van medicatie of van drugs. Deze vrouwen voelen zich dubbel schuldig. Als ze hun taken niet kunnen bolwerken kan daarenboven nog een verslavingsgeschiedenis ontstaan. Voor vrouwen is dat beeld maatschappelijk moeilijker te aanvaarden dan voor mannen. Als vrouwen verslaafd zijn, worden ze door anderen dubbel negatief bekeken. Zo ontwikkelen vrouwen een dubbel negatief zelfbeeld, namelijk als vrouw en als verslaafde vrouw.

Vrouwenhulpverlening zal als tegengewicht voor het negatieve zelfbeeld veel aandacht hebben voor een uitgesproken positieve benadering. Hulpverleners leren vrouwen waardering uiten voor zichzelf en voor andere vrouwen en aandacht te hebben voor eigen positieve ervaringen. Zij leren hen positieve feedback te waarderen, namelijk te ontvangen en te geven. Zij helpen bij het leren geloven in eigen kracht, in eigen intuïtie, in eigen normen, vertrouwen ontwikkelen in zichzelf in wat ze kunnen en doen.

Binnen VHV zal ook aandacht gegeven worden aan vrouwen die moeite hebben met het uiten van gevoelens. We zien in dat verband een klassiek patroon bij vrouwen, namelijk dat het uiten van verdriet en angst meer toegelaten is dan het uiten van woede.
I.v.m. woede uiten is er vaak aangeleerd om binnen te houden, om te slikken. Het staat zo onvrouwelijk, het kan of mag niet. Vrouwen gaan woede op zichzelf richten of op een onrechtstreekse manier uiten. Maar in woede uiten zit ook kracht om op te komen voor jezelf. Vrouwen worden dan geleerd dat het uiten van woede nodig is om hun grenzen te trekken tegenover anderen, om neen te zeggen.

- ***Een conflict bij een vrouw kan ook vooral op extern niveau liggen, in de relaties met partner, familie, gezin, werk en omgeving.***

Vrouwen zorgen vaak voor het hebben van een goede relatie. Ze zouden er alles voor doen, zelfs tot het uiterste gaan, zelfs van vernederingen en krenkingen, zichzelf weg te cijferen in het belang van anderen. Zij zijn sterk in het zorgen dat behoeften van anderen, van partners, kinderen, ouders, vervuld worden. Vrouwen kunnen daardoor wegzakken in afhankelijkheid en passief worden. Vrouwen ontwikkelen vaak een ambivalente houding t.a.v. zelfstandigheid en zoeken gemakkelijk bevestiging in anderen in plaats van in zichzelf.
Van nature uit zijn deze vrouwen zeer vertrouwd met afhankelijkheid en de stap naar het nemen van alcohol of andere middelen is soms klein. Afhankelijk worden van een produkt kan tenslotte leiden tot verslaving.

❺ Besluit :

VHV zal vrouwen ondersteunen in het leren kennen van eigen behoeften, leren waarmaken van eigen verlangens, leren neen zeggen en leren voor zichzelf opkomen, leren leven vanuit zichzelf om zo een eigen identiteit te ontwikkelen .
Methodisch werkt vrouwenhulpverlening vooral in groepen. Waarom ? Door de levensverhalen van andere vrouwen te horen kunnen vrouwen met hun schuldgevoel van tekort schieten, ervaren dat dit ook bij andere vrouwen leeft en kunnen zij het persoonlijke karakter van hun problemen relativeren.
Zij kunnen leren onderscheid maken tussen een persoonlijk tekort en hetgene er aan de maatschappelijke context kan toegeschreven worden. Ze kunnen uitzoeken wat er aan de maatschappijstructuur moet verbeterd worden, en wat zij aan zichzelf kunnen veranderen. Deze herkenning in groep haalt vrouwen uit hun isolatie, zij voelen zich minder alleen of eenzaam .
Zo bestaan er in Antwerpen, Gent en Leuven autonomie-groepen voor vrouwen met dit specifieke doel.

Vrouwenhulpverlening kent ook een netwerk van hulpverleensters in de verschillende regio's : Oost-Vlaanderen, Brabant en Antwerpen. Daar komen wij samen rond een bepaald thema, of om bepaalde situaties in het werkveld te bespreken.

❻ Contactpersonen Vrouwen en Hulpverlening Vlaanderen (VHV)

- Landelijk : Kris Casters
  Lemmenstraat 84
  3200 Aarschot
  Tel. 016/56.53.18

- Brabant : Kris Casters

- Antwerpen : Mieke Keymeulen
  Mensana - Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
  Lange St. Annastraat 40
  2000 Antwerpen
  Tel. 03/203.52.64

- Oost-Vlaanderen : Kris Vandekerckhove
  Advies - en begeleidingscentrum
  Azaleastraat 27
  9040 Gent
  Tel. 09/228.77.78

◎ WAT IS VERSLAVING EIGENLIJK ?

Johanna Martens
De Spiegel, Brussel

De meest bruikbare beschrijvende definities van verslaving zijn terug te vinden enerzijds in een memorandum van 1980 van de wereldgezondheidsorganisatie en anderzijds in de DSM IV. Daar wordt produkt-afhankelijkheid omschreven als "een socio-psycho-biologisch syndroom dat zich manifesteert in een gedragspatroon, waarbij de inname van de psycho-actieve drug belangrijker geworden is dan alle andere gedragingen die voordien meer waarde hadden." Deze definities wijzen ons al meteen op het dwingende karakter van het fenomeen verslaving, alsook op de bredere maatschappelijke context ervan. Met het woord "produkt" of "drug" wordt er verwezen naar alcohol, medicatie, hard- of softdrugs.
Naargelang de ernst van het probleem wordt er gesproken van ofwel misbruik ofwel van afhankelijkheid. Dit wordt dan gemeten aan de hand van een aantal criteria die verwijzen naar controleverlies in verband met de inname van het produkt alsook naar de diverse gevolgen hiervan op lichamelijk en op psychosociaal vlak.

Deze beschrijvende definities zeggen echter nog niets over de oorzaak van het probleem. De etiologie en de van daaruit afgeleide behandeling, wordt verschillend gezien vanuit diverse theorieën nl. biologische, psychodynamische, behaviouristische, systeemgeoriënteerde en psychiatrische theorieën. Maar ook deze theorieën verklaren niet echt het fenomeen van de bestendiging van de verslaving. Waarom is de verslaafde vrouw niet meer te stoppen? Waarom hervalt zij telkens?
Daarom wordt er een interactief model voorgesteld waarbij drugafhankelijkheid gezien wordt als een syndroom dat in stand gehouden wordt door een aantal vicieuze cirkels van farmacologische, psychologische, sociale en eventueel ook cerebrodesintegratieve aard. De verslaafde vrouw heeft inderdaad, wanneer zij even stopt met het gebruik van haar produkt, onmiddellijk te kampen met abstinentieverschijnselen, gevoelens van schuld en schaamte en de stigmatisatie als verslaafde. Dit is dan ook meteen weer de aanleiding om verder te gaan met het gebruik van het produkt, hetgeen deze "vervelende" ervaringen weer tijdelijk zal onderdrukken.

Hiermee wordt het dan duidelijk dat een gepaste behandeling deze vicieuze cirkels stuk voor stuk zal moeten weten te doorbreken, maar de verslaafde vrouw ook zal moeten helpen om een nieuwe levensstijl te ontwikkelen die haar zal in staat stellen deze destructieve, vicieuze cirkels definitief achter zich te laten.

Een tweede vraag die wij ons bij deze inleiding kunnen stellen is: bij welke personen komt het verslavingsfenomeen voor?

Hebben verslaafden een gemeenschappelijke constitutie, een typische persoonlijkheidsstructuur, leven zij in analoge sociale situaties, komen zij vooral uit een bepaalde sociale klasse?
Het antwoord op deze vragen blijkt zeer complex te zijn. Verslaafden komen uit verschillende sociale klassen, komen met hun verslaving in zeer diverse sociale situaties terecht (bv. met of zonder criminaliteit, sociaal isolement), en zij hebben psychologisch gezien ook verschillende persoonlijkheidsstructuren.

Het onderscheid tussen man en vrouw is in dit verband zeer relevant. Deze zal medebepalend zijn voor de typische sociale context en de psychologische problematiek van waaruit het verslavingsprobleem ontstaat. Zo zal U vandaag nog meer horen over gynaecologische problemen, dubbele dagtaak problemen, rolpatronen, verliesverwerking enz. Een nieuw en verrassend beeld hierbij is zeker dat van de jonge meidenbendes die in de USA en sporadisch ook in Vlaanderen het straatbeeld kleuren. Daarbij gaan jonge meisjes van 15-16 jaar in groepsverband voor het plezier mensen lastig vallen op straat en ze blijken hiervoor lessen in het kickboxen, maar ook "speed" te gebruiken!

Als slot wil ik wijzen op de noodzaak om de diverse psychologische persoonlijkheden te onderscheiden die met een verslavingsproblematiek te kampen hebben. Deze zullen medebepalend zijn voor het soort behandeling en de setting waarin de behandeling gebeurt. Kort gezegd kan ik de volgende indeling maken.
Bij verslaafde vrouwen met een neurotische persoonlijkheid is de verslaving secundair aan de neurotische problematiek. Zij kunnen dan ook meestal ambulant goed geholpen worden,
Bij psychotische verslaafden is er een zwakke ego-functie die moet zorgen voor de integratie van de persoonlijkheid. De verslaving treedt hier dan meestal op als een vorm van zelfmedicatie voor de psychiatrische symptomen (vooral angst voor desintegratie). Ook borderline-problematieken leunen aan bij deze categorie. Bij de behandeling van deze vrouwen moet er beroep gedaan worden op een psychiater en meestal ook op een opname in een psychiatrische kliniek.
Bij karaktergestoorde verslaafden dient de acting-out (zoals druginname, geweld, isolement) als kanalisatie van de vage spanning die zij ervaren zonder echt in contact te zijn met hun emoties. Deze karaktergestoorden worden het best geholpen in een hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap die hen zal helpen bij het corrigeren van hun gedrag, het constructief uiten van hun emoties en het vormen van een positieve levensattitude.
Mits enige aanpassing van het algemeen behandelingspakket kunnen in deze setting ook zwaardere neuroses, narcistische, borderline en antisociale problematieken behandeld worden.

◎ VROUWEN EN ALCOHOL

Frieda Matthijs
Altox, Antwerpen

❶ Alcoholgebruik

Sinds de tweede wereldoorlog is het alcoholgebruik in de meeste landen sterk toegenomen. België staat momenteel op de elfde plaats met een gemiddelde van 9 liter pure alcohol per persoon (kinderen en geheelonthouders meegerekend).
Op de eerste plaats staat Luxemburg met 12.5 liter, gevolgd door Frankrijk, Portugal en Duitsland.
Negen liter per hoofd dus, per jaar, dat betekent 1.2 liter sterke drank, 102 liter bier en 24 liter wijn. [18]

Opvallend is de toename in gebruik met ongeveer 40 % tussen 1960 en 1980. Tussen 1980 en 1987 blijft het verbruik stabiel, en na 1987 volgt een daling in de totale consumptie.

Mannen drinken daarbij twee maal zoveel als vrouwen en hebben er drie tot vier maal zoveel problemen mee. Het verschil is de laatste tien jaar wel iets kleiner geworden, omdat vooral de mannen hun gebruik zijn gaan verminderen. [11]

❷ Alcohol

Alcohol is een genotmiddel dat goed is ingeburgerd in ons sociaal leven en vaak ook in ons privé-leven. Het smeert onze sociale contacten, maakt onze feestjes uitbundiger, doet ons zelfvertrouwen groeien en onze angsten en remmingen verminderen, maakt ons vlot, gevat en grappig. Tenminste, dat verwachten we er allemaal van.
Het merkwaardige is dat het juist die *verwachtingen* zijn die ons dit allemaal doen voelen.
Alleen als je verwacht dat alcohol angst en spanning vermindert en de tongen los maakt, gebeurt dat ook. Er is sprake van een self-fulfilling prophecy, een voorspelling die zichzelf waar maakt. Of anders gezegd : als wij iets drinken en men zegt ons dat er alcohol inzit, gaan we ons voelen en gedragen alsof dat zo is.
Wat we voelen en hoe we ons gedragen o.i.v. alcohol, hebben we geleerd onder invloed van onze cultuur en door onze eigen goede of slechte ervaringen met alcohol. [24]
Merkwaardig is ook dat we alcohol niet altijd associëren met angstvermindering. De verwachting alcohol te drinken leidt bij mannen wel tot een afname van sociale angst, maar bij vrouwen tot een angstverhoging in sociale situaties. Mannen worden er openhartiger door, vrouwen juist niet.

Omdat drinken minder sociaal geaccepteerd is bij vrouwen dan bij mannen, zouden vrouwen in situaties waarbij ze alcohol drinken, juist meer op hun hoede zijn.
In het algemeen verwachten mensen dat ze door alcohol beter sociaal en sexueel gaan functioneren, hun emoties beter gaan kunnen verwoorden, zelfzekerder zullen zijn, gevat en geestig uit de hoek zullen komen.

Eigenlijk zijn we onder invloed helemaal niet zo grappig, maar we hebben dan niet meer de helderheid van geest om dat te beseffen. Daarom is het ook zo vervelend om nuchter te blijven in een gezelschap dat stilaan dronken wordt.
Eigenlijk zijn we niet eens beter in sociaal contact, maar omdat we dat van alcohol verwachten, gedragen we ons daarnaar en door te denken dat we vlotter zijn, worden we het ook. We hebben dan het gevoel dichter bij onze emoties te staan maar in werkelijkheid communiceren we ze slechter dan ooit.
Wat alcohol vooral doet, is een aantal regionen in de hersenen verdoven waardoor we wat ontremd geraken en de zelfkritiek vermindert. Daardoor groeit het zelfvertrouwen en wordt het zelfbeeld positiever. Reden genoeg blijkbaar om af en toe te genieten van een glas bier of wijn, vooral als het dan nog lekker is ook.

Maar alcohol heeft ook een aantal *gemene* kantjes.
Als je te veel gedronken hebt - en de grens wordt gemakkelijk overschreden - verslechtert de waarneming en vermindert de controle over alle spieren. Dat is gevaarlijk in het verkeer.
Bij 40 % van de dodelijke verkeersongevallen zijn één of meer van de betrokkenen onder invloed van alcohol. (18)

In dronken toestand worden emoties plots onredelijk en niet in proportie geuit, wat in geval van agressie tot geweld of zelfdestructie kan leiden.
Bij allerlei vormen van *geweld* is bij 40 % alcohol in het spel, tot 60 % bij kindermishandeling en bij vrouwenmishandeling zelfs tot 85 %.
Als je genoeg gedronken hebt, val je uiteindelijk in slaap. Maar een goede nachtrust is je niet gegund : je slaapt onrustig en wordt midden in de nacht wakker.
's Anderendaags voel je je, zelfs als je geen kater hebt, toch slap, met nadorst, vage misselijkheid of hoofdpijn en soms een lichte beverigheid of een vaag angstgevoel.
Dat zijn de tekenen van vergiftiging door de alcohol. Maar alles went. En als je frequent veel drinkt, protesteert je organisme mettertijd minder. Integendeel, het begint behoefte te krijgen aan alcohol. Je lichaam wordt er stilaan verslaafd aan, en als je niet drinkt, word je onrustig, angstig, onzeker.
Daar ben je niet trots op, dus begin je vooraf stiekem te drinken, om 'onder de mensen te kunnen komen'. Je zelfvertrouwen daalt en je zelfbeeld wordt nu wel heel negatief, want drinken kan, veel drinken moet kunnen, maar dronken zijn dat is beschamend en verslaafd zijn, is een schande.
Dit proces verloopt ongeveer identiek bij mannen en vrouwen. Vaak is er dan ook niet zoveel verschil tussen een mannelijke en een vrouwelijke ***alcoholist***.
Beiden drinken periodisch of regelmatig, maar als ze drinken, drinken ze veel te veel. Beiden hebben matig tot veel ontwenningsverschijnselen, moeten vaak

drinken om zich een beetje menselijk te voelen en de angst en de spanningen de baas te kunnen. Beiden hebben momenten of periodes, dat zij de controle over hun drankgebruik dermate verliezen, dat ze zich ziek of bewusteloos drinken. Achteraf realiseren ze zich dat ganse delen van de vorige nacht uit hun geheugen gewist zijn. Beiden voelen zich zwak, schuldig en machteloos, verwijten zichzelf een tekort aan wilskracht en verantwoordelijkheid en zien hun privéleven kapot gaan evenals hun professioneel en sociaal leven.

Biologisch zijn vrouwen een stuk kwetsbaarder voor de negatieve effecten van alcohol.
Zij zijn sneller dronken, want ze hebben na eenzelfde hoeveelheid alcohol een hogere bloedspiegel dan mannen. Behalve hun lager lichaamsgewicht, speelt hierin ook een rol dat zij een lager percentage water bevatten zodat de alcohol in minder vocht opgelost wordt. Verder blijkt het "first pass-mechanisme" bij vrouwen veel minder te werken: bij mannen wordt nl. door een enzym reeds een belangrijk deel van de alcohol in de maag afgebroken en komt dus nooit in de bloedbaan. Bij vrouwen is dit mechanisme nauwelijks aanwezig.

Vrouwen zijn ook op termijn kwetsbaarder voor lichamelijke aftakeling door alcohol. Ze ontwikkelen sneller leverschade tot en met levercirrhose wat onherstelbaar is.
De verstoring van hun hormonaal stelsel veroorzaakt vaak ernstige stoornissen in hun metabolisme. Ze kunnen niet meer eten, houden vocht vast en zien er opgeblazen uit.
Als vrouwen evenveel drinken als mannen, takelen zij dan ook lichamelijk veel sneller af.

In verband met mogelijke zwangerschap tenslotte, dient ook extra aandacht besteed aan de gevolgen van excessief drinken voor de foetus, gaande van vroeggeboorte tot ernstige lichamelijke en mentale handicaps.

❸ Maatschappij & Alcohol

Maatschappelijk is alcohol onze drug nr. één : goed geïntegreerd, goed genormeerd en goed geaccepteerd. Alcoholverslaving daarentegen wordt helemaal niet getolereerd.

Veel drinken wordt beschouwd als *mannelijk*, en wordt door mannen dus als positief beleefd en als identiteitsversterkend.
In de mate dat vrouwen het gevoel hebben dat vrouwen maatschappelijk minder gewaardeerd worden dan mannen, zullen zij 'veel drinken' als statusverhogend beschouwen.

De maatschappij keurt veel drinken door vrouwen meer af dan door mannen. Tussen jongens en meisjes speelt dit verschil niet zozeer, maar het groeit snel als

vrouwen volwassen worden, en vooral als zij kinderen krijgen. [13]

Voor een man is overmatig drinken stoer. Het wordt geassocieerd met avontuur, opwinding, non-conformisme, het ontsnappen aan een burgerlijk bestaan en aan de wereld der vrouwen. Het veel drinken symboliseert mannelijkheid omdat het gekoppeld is aan 3 belangrijke aspecten van de mannelijke rol : onconventionaliteit, het nemen van risico's en agressie. [14]
De media en met name de alcoholreclames versterken dit beeld : de macho-mannen onderbreken hun typisch mannelijke activiteiten voor een biertje. Je kent de filmpjes wel waarin mannen huizen bouwen, bossen ontginnen, woestijnen vruchtbaar maken en paarden temmen, om daarna heerlijk te ontspannen met een welverdiende stevige pint of borrel.

Mannen en jongens kunnen hun mannelijkheid bewijzen door te drinken. Het alcohol drinken op zich wordt als mannelijk beschouwd.
Hoe meer een man drinkt, hoe mannelijker hij overkomt, zolang hij maar geen verschijnselen van afhankelijkheid of controleverlies vertoont.

Alcoholafhankelijkheid daarentegen wordt juist als een zwakte en dus niet als mannelijk gezien.
Er bestaan een aantal theorieën over mannelijkheid en alcoholisme, die er allemaal op neerkomen dat mannen hun tekort aan mannelijkheid trachten te compenseren door veel te drinken. [14]
Of : als mannen problemen krijgen met drinken, zijn het geen echte mannen.

Het gekke is dat ons idee over hoe wij door anderen beoordeeld worden, eigenlijk niet klopt met de werkelijkheid.
Algemeen wordt bv. aangenomen dat van vrouwen die drinken een negatiever beeld bestaat dan van mannen die drinken en dat geheelonthouding voor vrouwen een deugd is en voor mannen verachtelijk. Maar eigenlijk is dat niet helemaal zo.
Er is juist algemeen een positieve houding ten opzichte van geheelonthouders : of het nu mannen of vrouwen zijn, de meeste mensen appreciëren het feit dat iemand absoluut geen alcohol wenst te drinken. Ze denken wel dat de veeldrinkers meest plezier zullen hebben op een feestje en de beoordeling van drinken van anderen hangt in feite vooral af van het eigen consumptiepatroon. [13] Het is bekend dat een huisarts die zelf veel drinkt, niet zwaar tilt aan het overmatig drankgebruik van zijn patiënten.

Alcohol heeft dus veel goed gekende vervelende en nadelige tot gevaarlijke kanten en wordt door de meeste mensen eigenlijk met argwaan bekeken. Toch drinken we, drinken we vaak veel en soms te veel.
Want alcohol heeft naast al die lichamelijke en psychische effecten ook een *symboolfunctie* en is als dusdanig een vat vol culturele betekenissen. Het staat voor stoer, avontuurlijk, gedurfd, onburgerlijk gedrag. Zowel bij mannen als bij vrouwen blijkt dit idee een reden te kunnen zijn om te drinken.

Sommige vrouwen zien veel drinken of bv. whisky drinken als iets dat hun imago verbetert. Ze voelen zich hierdoor meer waard dan de 'truttebezen' achter hun watertje of fruitsapje of ze zijn trots dat zij als drinkster door mannen als gelijke worden geaccepteerd. Deze functie van drinken vindt men meer bij vrouwen met een geschiedenis van sexueel misbruik. Daarover verder meer.

Vrouwen drinken dus doorgaans minder dan mannen, én omdat ze er lichamelijk minder goed tegen kunnen, én omdat alcohol eigenlijk een mannelijk gedrag is dat niet echt past bij de vrouwenrol, én omdat zij nog steeds minder deelnemen aan het openbaar leven en minder vaak in situaties komen waar gedronken wordt.

In het algemeen zijn vrouwen minder vaak dronken en vertonen zij minder excessen of agressief gedrag wanneer ze drinken of dronken zijn.

De geslachtsverschillen in drinkgedrag zijn bij adolescenten wel kleiner dan bij volwassenen. Waarschijnlijk geldt het vrouwelijke, verzorgende rolpatroon dat verantwoordelijk wordt gehouden voor de verschillen in drinkgedrag, minder voor meisjes dan voor volwassen vrouwen. [22]

Mannen associëren drinken meestal met plezier maken, samenhorigheid en feestjes bouwen. De gewoonte om veel te drinken kan uit de hand lopen en uitmonden in alcoholafhankelijkheid.
Vrouwen, vooral diegene die zich veel in gemengde gezelschappen bevinden, en stevig meedrinken, belanden soms op dezelfde manier in ***alcoholproblemen***. Vaak echter is bij vrouwen drinken van in het begin een middel om negatieve gevoelens te overwinnen. [2]

Het aantal vrouwen met alcoholproblemen wordt in België geschat op ongeveer 150.000. Het aantal mannen op meer dan het dubbel. [11]
Het verschil in aantal zware drinkers bij mannen en vrouwen werd de laatste jaren iets kleiner doordat vooral het aantal mannelijke zware drinkers afnam. [26]
Tot 10 jaar geleden dronken hoger opgeleide en werkende vrouwen meer dan lager opgeleide vrouwen en huisvrouwen. Die laatste groepen hebben nu echter een achterstand ingehaald. [11]
Vrouwen drinken meer als er drinkende mannen in de buurt zijn.
De toename is dus vermoedelijk vooral te verklaren doordat zij vaker in gemengd gezelschap verkeren en zich aanpassen aan de drinkgewoonten van de personen met een hogere status, dan door emancipatie of stress. [12]

Alhoewel het onmiskenbaar zo is dat buitenhuis werken voor vrouwen meestal een dubbele taak met zich meebrengt en dus een toename van stress, blijkt dit op hun alcoholgebruik geen invloed te hebben.
Hoge werkdruk verhoogt het risico op gezondheidsproblemen waaronder alcohol-

problemen, wel bij mannen, maar niet bij vrouwen. [5]
Het buitenhuis werken geeft vrouwen juist meer zelfvertrouwen en daardoor zullen zij eerder minder drinken. [27]
Het idee dat vrouwen meer in stilte of in het geniep drinken blijkt niet te kloppen. Blijkbaar weten de reclamejongens dat ook want het reclamefilmpje "Dat is het geheim dat je deelt met Sandeman" wordt niet meer vertoond.
Men heeft namelijk onderzocht en gevonden dat zowel bij mannen als bij vrouwen er ongeveer evenveel bekende als verborgen probleemdrinkers zijn. In het geheim drinken is dus geen exclusief vrouwenprobleem. [20]

Mannelijke verslaafden gaan ook op een bepaald moment in hun verslavingscarrière hun probleem verbergen. Vrouwen zouden dit wel nog vroeger doen.

Bij vergelijking vallen nog een aantal dingen op [11]:
Vrouwelijke alcoholisten zijn, vaker nog dan mannelijke, afkomstig uit een gezin met een drinkende vader of moeder.
Vrouwen drinken meer thuis.
Ze hebben een regelmatiger drinkpatroon, en ze combineren meer met tranquillizers.
Zij hebben vaker een excessief of overmatig drinkende partner. Veel vrouwen die met alcoholproblemen in behandeling komen, vertellen dat hun man ook wel veel drinkt, maar benadrukken dat hij geen alcoholist is. Meestal betekent dat alleen maar dat hij dezelfde hoeveelheid beter verdraagt en omdat hij 's anderendaags sneller recupereert, kan hij zichzelf nog wijsmaken dat er met hem niets aan de hand is.
Een vrouw vertelde mij op de raadpleging dat zij alcoholiste is, want periodisch drinkt ze heel veel. Twee jaar geleden heeft zij een ziekenhuisopname gehad voor ontwenning en in een dronken bui heeft ze haar echtgenoot al twee maal geslagen. Die echtgenoot, zo zei ze, drinkt ook veel, eigenlijk meer dan zij, eigenlijk ongeveer dagelijks maar hij is geen alcoholist. Hij was wel al meermaals in het ziekenhuis opgenomen omdat hij zichzelf bewusteloos gedronken had, maar aangezien hij dan 's anderendaags al terug naar huis mocht, waren zij het er over eens dat zij een alcoholprobleem heeft en hij niet.

Dit 'mea culpa' komt veel voor. Het heeft ook te maken met het feit dat vrouwen meer om negatieve redenen drinken : om spanning te verlichten, om meer zelfvertrouwen te hebben, om een positiever zelfbeeld te krijgen, te kunnen omgaan met persoonlijke onvrede, om assertiever te worden en soms ook om de emotionele weerstand tegen sexueel contact te overwinnen. [1]

Mannen drinken ook soms om spanning te verlichten, maar de bronnen van de spanning liggen wel verschillend.
Voor vrouwen liggen ze vooral interpersoonlijk. En de problemen die erdoor ontstaan liggen ook vooral op dit terrein.
Bij mannen zijn aanleiding en gevolg eerder spanning op het werk of moeilijkheden

met justitie. [5]
Schuld- en schaamtegevoel zijn bij vrouwen vaak groter.

Vrouwen beginnen soms ook wel om positieve redenen te drinken. Naderhand, door de confrontatie met de negatieve beelden die over vrouwen en alcohol in onze cultuur bestaan, wordt hun zelfbeeld aangetast en komen er dikwijls meer negatieve redenen. [12]

Vrouwen met alcoholproblemen verschillen eigenlijk niet wezenlijk van andere vrouwen. Zij hebben geleerd te zorgen, de verantwoordelijkheid te nemen en te dragen, vooral waar het emoties en relaties betreft. Vrouwen zijn vrij *relationeel* ingesteld, zoeken eerder het overleg dan het conflict.
Hun groot verantwoordelijkheidsgevoel maakt dat zij ook de verantwoordelijkheid op zich nemen als er huwelijksmoeilijkheden zijn, of als één van de kinderen gedragsproblemen stelt of als zij de overvloed aan verwachtingen niet kunnen waarmaken, of vrezen het niet te kunnen. Vrouwen krijgen gemakkelijk het gevoel te falen, tekort te schieten en dus depressief te reageren. Drinken kan dan een manier zijn om deze negatieve gevoelens de baas te kunnen of toch te kunnen voldoen aan wat van hen gevraagd wordt.
Uitwendig veroorzaakte stress, door tegenslagen, financiële moeilijkheden, hoge professionele werkdruk blijken bij vrouwen daarentegen geen toename van alcoholgebruik met zich mee te brengen. [3] [5]

In veel gevallen is alcohol een poging om er niet de brui aan te geven of niet depressief te worden. Veel vrouwen hebben de neiging zichzelf van alle falen de schuld te geven, terwijl ze zich tegelijkertijd niet in staat voelen om iets aan de situatie te veranderen. Wanneer zij geconfronteerd worden met maatschappelijke onmogelijkheden, hebben zij ook de neiging de schuld bij zichzelf te leggen. Als dit leidt tot machteloosheid en hopeloosheid, is dit een vruchtbare bron voor depressie. [9]

De meeste vrouwen zijn door hun vrouw-zijn gevangen in een aantal maatschappelijke plichten en taken die in sommige gevallen voor stevige conflicten kunnen zorgen. Van een vrouw wordt verwacht dat zij voor de zieke en bejaarde familieleden zorgt. Elke vrouw die kinderen krijgt, wordt, ongeacht haar persoonlijke geschiedenis en karakter, geconfronteerd met de opdracht als eerste verantwoordelijk te zijn voor de zorg en opvoeding. Die zorgplicht past soms compleet niet binnen de eigen aanleg of ambities. [17]

De plicht tot zorgen is daarenboven niet, zoals de meeste andere taken duidelijk omschreven. Zij berust op emotionele banden en affectieve mogelijkheden, die niet iedereen in huis heeft. Zij stopt nooit en kent geen algemeen geaccepteerd doel. Wanneer ben je klaar, wanneer doe je het goed en wanneer heb je je doel bereikt als moeder, huisvrouw en partner. Dit is een bron van veel schuldgevoel en onzekerheid van vrouwen.

Dat schuldgevoel en het gevoel gefaald te hebben, is bij vrouwen met alcoholproblemen sterk aanwezig. Meestal zal zij proberen haar probleem in haar eentje onder controle te krijgen. In hulpverlening komt zij vaak terecht naar aanleiding van een ernstige gebeurtenis: een overlijden of een uit de hand gelopen situatie zoals een gewelddadige ruzie, een klacht over de verzorging van de kinderen via de school, of dergelijke.

Gemiddeld hebben vrouwen met alcoholproblemen 5 jaar zwaar gedronken voor zij hulp zoeken. [(8)]
Zij zijn minder geneigd alcohol als oorzaak aan te wijzen. Vaak komen zij met lichamelijke klachten, met psychische of relationele moeilijkheden als aanmeldingsprobleem.
Dikwijls zijn de klachten weinig specifiek : "Ik ben zo zenuwachtig, of angstig, ik ben nog zo moe als ik opsta, ik heb geen energie, ik kan niets meer onthouden, ik geraak niet vooruit, enz."
Het niet herkennen van het aanwezige alcoholprobleem door de huisarts, maakt nogal eens dat er én geen adequaat antwoord gegeven wordt én daarenboven, dat er nog tranquillizers of slaappillen worden voorgeschreven, zodat een gecombineerde verslaving ontstaat. [(25)]

Dat vrouwen hun alcoholprobleem ontkennen, is niet typisch voor vrouwen; men ziet het veel bij alcoholisten. Dat heeft o.m. te maken met die schrik voor de negatieve weerklank van het woord "alcoholist". [(15)]
Daarnaast hebben vrouwen echter ook concrete redenen om zich niet als alcoholist te laten bestempelen. Vaak immers worden zij weinig gesteund door hun man. Vrouwelijke drinkers worden sneller door hun man verlaten dan omgekeerd.
In die omstandigheden is het logisch dat vrouwen ervoor uitkijken om hun alcoholprobleem niet ook nog tegen zich te zien gebruiken in het gevecht om het hoederecht over de kinderen.

Vrouwen halen problemen in gezin of *huwelijk* juist vaak aan als reden om te drinken.
Huwelijksproblemen zijn nochtans even groot bij mannelijke als bij vrouwelijke drinkers, maar vrouwen hechten meer belang aan een geslaagde echtgenote- en moederrol. [(2)]

Er is heel wat onderzoek verricht naar *partners* van alcoholisten, vrouwelijke partners van mannelijke alcoholisten. [(7)] [(10)] Men heeft gezocht naar haar pathologie, men noemt haar codependent (of mee-verslaafd). Een vrouw is inderdaad geneigd haar huwelijk niet snel in vraag te stellen. Zij zal lange tijd proberen de schade te beperken : zijn werk verwittigen, afspraken in zijn plaats met een smoesje afzeggen, zijn taken overnemen, voor hem naar de huisarts gaan om een ziekteattest te vragen, zelf niet drinken om hem niet in verleiding te brengen, zorgen dat het gezinsleven zo rimpelloos mogelijk verder gaat, zelf in therapie gaan om te leren

hoe ze kan zorgen dat hij niet meer drinkt en haar eigen behoeften meer dan ooit opzij zetten. Soms gaat ze meedrinken omdat ze hoopt dat dit het contact zal verbeteren. Vaak wordt ze depressief en voelt zich schuldig omdat ze er niet in slaagt hem van zijn probleem af te helpen.
Is zoveel inzet om de relatie en het gezin te redden, pathologisch ?

Een mannelijke partner van een drinkende vrouw doet dit in ieder geval zelden.
Aangezien het centrum van zijn leven vaak niet in zijn gezin ligt, gaat zijn leven, (professioneel en sociaal) gewoon door. Vooral als er familie is, die de tekorten in huishouden en zorg voor de kinderen opvangt, kan de situatie lang doorgaan. Meestal zal de mannelijke partner weinig in zijn leven veranderen om zich op haar in te stellen. Hij zal zelf niet stoppen met drinken om het haar gemakkelijker te maken (vrouwelijke alcoholisten vragen dat trouwens niet van hun partner). Hij is moeilijk of niet te bewegen om mee in therapie te gaan om de relationele moeilijkheden die zij signaleert, te bespreken.
Zelden zal hij de huiselijke taken overnemen.
Als er niemand in de directe omgeving is om dat te doen, en alles loopt mank, dan vindt hij dat juist een goede reden om te scheiden.
Het gevecht om het hoederecht is daar vaak bits. Moeders krijgen in geval van echtscheiding eerder het hoederecht over hun kinderen dan vaders. Maar in geval zij alcoholproblemen heeft, beslist de rechter nogal eens omgekeerd. Soms krijgt zij zelfs geen bezoekrecht; soms riskeert zij uit de ouderlijke macht te worden ontzet. Aangezien echter haar identiteit voor een groot deel samenvalt met haar moeder-zijn, wordt zij hierdoor finaal onderuit gehaald.

Opgroeien in een gezin waar één van de *ouders* drinkt, is inderdaad een risico.
Drugsverslaafde jongeren hebben relatief vaker ouders die eveneens verslaafd zijn aan psychotrope stoffen. Tot 80 % van de heroïne verslaafde jongeren heeft een alcoholmisbruikende vader. [(6)]
Behalve het directe model-staan van de ouders, zal hierbij ook meespelen dat ouders die zelf veel drinken, waarschijnlijk moeilijker grenzen kunnen stellen aan het gebruik van hun kinderen. Zij hebben immers geen been om op te staan.

Alcoholisme zet zich meer in de volgende generatie verder naarmate de gezinsrituelen meer afgebrokkeld zijn (maaltijden, vakanties, feestjes, uitstappen, enz.). en dit des te meer als het gezin ook weinig sociaal functioneerde: in verenigingen, vriendenkring, sportclubs, e.d. [(6)]

Vrouwelijke alcoholisten hebben vaker een ouderalcoholist dan mannen. Dochters van alcoholisten nemen als partner soms ook een alcoholist, maar soms ook niet.
Als zij als kind vroeg veel verantwoordelijkheid zijn beginnen opnemen, zijn zij later, meer dan andere kinderen geneigd zich in emotionele relaties opnieuw te laten gebruiken, schuld en verantwoordelijkheid op zich te nemen en hetzij met een alcoholist te trouwen en/of zelf een verslavingsprobleem te ontwikkelen.

Een aparte groep zijn alcoholverslaafden met een ernstige ***persoonlijkheids-stoornis***. Bij vrouwen gaat het vaak om een voorgeschiedenis van mishandeling en sexueel misbruik. Overmatig drinken heeft hier vooral een verdovende maar ook zelfdestructieve functie.
In het drinken ligt dan iets agressief, uitdagend. 'Kijk wat ik doe en wat ik durf, ik ben niet minder dan een man, en wie zal mij tegenhouden.'

Het drinken moet dienen om het verleden weg te duwen, terwijl juist met dit verleden zou moeten afgerekend worden om een beetje menselijk te kunnen leven. De ambivalente gevoelens tegenover de ouders en tegenover zichzelf, de mengeling van agressie, pijn, schuld- en schaamtegevoelens, maken vaak dat er geen veilige therapeutische relatie kan opgebouwd worden waarbinnen de traumatische gebeurtenissen uit het verleden kunnen besproken worden.
Behandeling is dan meestal moeilijk omdat het zware drinken ondertussen dermate lichamelijke en mentale aftakeling veroorzaakt, dat een herstel van het zelfwaarde-gevoel alsmaar onmogelijker wordt. Bij sommige vrouwen moet je vaststellen dat hun zwaar drinken gewoon een vorm van langzame zelfmoord of zelfvernietiging is.

❹ Behandeling

Wat behandeling betreft, zijn de resultaten bij mannen en vrouwen ongeveer gelijk.
Vrouwen kiezen meer voor zelfhulp en voor gedragstherapie en minder voor langdurige opname en groepstherapie. [(8)]
In de alcoholhulpverlening komen 2 tot 10 keer zoveel mannen als vrouwen.
Vrouwen hervallen minder als zij thuis kinderen hebben.
Mannen hervallen meer als zij alleen wonen, vrouwen niet.

Waar het in het algemeen mijn ervaring is, dat confrontatie weinig *motiverend* werkt bij mensen met alcoholproblemen, is dat zeker zo voor vrouwen. En als het op korte termijn al werkt - vrouwen laten zich toch nogal gemakkelijk zeggen hoe zwaar ze wel tekort schieten - versterkt het enkel hun negatief zelfbeeld, en hun gevoel van onmacht en schuld. [(15)]
Vanuit deze beleving is het aanpakken van de problemen per definitie onmogelijk.
Als je schuldig, machteloos en zwak bent, kan je het niet zelf, en zal de hulpverlener het moeten doen.
Effectiever is om er van uit te gaan dat deze vrouw de mogelijkheden in zich heeft om haar drankprobleem aan te pakken maar dat ze eerst steun moet krijgen om uit te vinden waartoe dit drinken eigenlijk allemaal dient.

Vaak ligt er veel boosheid klaar, die zij niet durft te uiten, omdat ze immers 'schuldig' is. Bij het uiten van die boosheid worden ook meestal reeds de concrete ervaringen en belevingen zichtbaar van waar het om gaat : zich beperkt, beledigd, onrechtvaardig behandeld voelen, de onvrede en de vraag om verandering in haar leven.
Alle maatschappelijke reële of vermeende verwachtingen, alle evidenties die zij zelf

heeft geleerd of waarmee zij in de omgeving wordt geconfronteerd, zullen daarbij aan bod moeten komen. Zowel de huidige relaties als de vroegere belangrijke relaties kunnen ter sprake komen.

Voor de partner is zo'n wakker wordende vrouw niet gemakkelijk te accepteren. Toch is er vaak nieuwsgierigheid en veel bereidwilligheid. Als hij ter goeder trouw is, wil hij toch ook wel weten wat er anders kan. Als een vrouw beseft dat wat zij te zeggen en te vragen heeft, niet onredelijk is, vindt zij ook andere woorden en manieren om haar visie en wensen duidelijk te maken. Wanneer de man ook een alcoholprobleem heeft - en dat is niet uitzonderlijk - komt er echter meestal weinig bereidheid om zich aan te passen aan de veranderende situatie.
Het zou verkeerd zijn het alcoholprobleem van een vrouw te herleiden tot een puur vrouwenrolprobleem. Het zou echter even fout zijn dit belangrijke aspect van haar bestaan te negeren.

Het doel van elke psychotherapie is uiteindelijk het ***unieke*** in de persoon te ontdekken en tot zijn recht te laten komen. Bij een vrouw zal dit betekenen dat niet alleen haar vrouw-zijn op zich, maar ook alle betekenissen, maatschappelijke consequenties, reële en geïntrojecteerde verwachtingen benoemd en omschreven worden zodat zij er op een vrijere manier kan mee omgaan. [17]

❺ Literatuur

1. BAILLY R.,R.S.Carman & M.A.Forslund, *Gender differences in drinking motivations and outcomes, J.Psychol.125 (1992) 6.*

2. BELDER J. de, *Vrouw en alcoholmisbruik, een multifactorieel gegeven, T.klin.psychologie, 20,nr.2,* (juni 1990).

3. BRESLIN F.C., *The effects of stress and coping on daily alcohol use in women, Addict.Behav.20 (1995) 2.*

4. COLAERT H., *Gezinstherapie bij alcoholisme, T.v.Geneeskunde, 45,nr.10, (*1989).

5. CRUM R.M., *Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence, Alchol.Clin.Exp.Res.19 (1995).*

6. FEEN R.J. Van der, *Gezinsfactoren en drugsverslaving: een blik op de onderzoeksliteratuur, T.alc.drugs,*(16),nr.3, (1990).

7. HEINE B. ter, *Alcoholisten en hun partners, Swets & Zeitlinger, (1993).*

8. JARVIS T.J., *Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review, Br.J.Addict. 87(1992) 9.*

9. KARSTEN C.J., *Wie is er bang voor de verslaafde vrouw, T.v. psychotherapie,19,(5), (*1993).

10. KNIBBE R.A. en S.Abbenhuis, *Getrouwd met een alcoholist, T.alc.drugs, (17),nr.2,* (1991).

11. LAMMERS S.M.M., *Achtergronden van het drinkgedrag van vrouwen,* Editoriaal in *Alcohol selectief, 47, mei,(1995),1-3.*

12. LAMMERS S.M.M., *Functionality of alcohol in alcohol dependent women,* Proefschrift, Nijmegen, (1995).

13. LANG A.R.,M.G.Winiarski & L.Curtin, *Person perception as a function of drinking behaviour, gender and sex role stereotypes, J.Stud.Alcohol,53,(1992)3.*

14. LEMLE R.&M.E.Mishkind, *Alcohol and masculinity, J.Subst.Abuse Treatment 6 (1989)4.*

15. MATTHIJS F., *Therapeutische aspecten van de intake,* in *Jaarverslag 1987,* vzw Altox, Antwerpen, (1988).

16. MITTAG W. & R. Schwarzer, *Interaction of employment status and self-efficacy on alcohol consumption, Psychol.Health 8 (1993) 1.*

17. NICOLAI N.J., *Gender en Psychotherapie, T.v.psychotherapie, 18,(5),* (1992).

18. NOELS B. & WYDOODT J.P., *Alcohol, illegale drugs en medicatie, Recente ontwikkelingen in Vlaanderen:1995,* p.6 en 65, VAD, Brussel, (1996).

19. OPPENHEIMER E., *Alcohol and Drug Misuse Among Women - An Overview, British Journal of Psychiatry, 158 (suppl.10),(*1991).

20. ÖSTERLING A., Nilsson L.H. & Berglund M., *Sex differences in problemdrink ing, Acta Psychiatr.Scand.85(1992)6.*

21. RICHMAN J.A. & Rospenda K.M., *Gender roles and alcohol abuse: costs of noncaring for future physicians, J.Nerv.Ment. Dis.180 (1992)10.*

22. ROBBINS,C.A.& Martin S.S., *Gender, styles of deviance and drinking problems, J.Health Soc.Behav. 34(1993)4.*

23. SAUNDERS B. e.a., *Women with alcohol problems: do they relapse for different reasons to their male counterparts ?, Addiction 88(1993)10.*

24. SCHIPPERS G.M., *Over verwachting van alcoholeffecten en effecten van alcoholverwachting,* Editoriaal in *Alcohol selectief, 42, maart (1994).*

25. SMITH L., *Help-seeking in alcoholdependent females, Alcohol Alcohol.27(1992)1*

26. STEL J.van der, *Alcohol drinken als beschavingsprobleem, Editoriaal in Alcohol selectief, 49, december,(1995).*

27. ZEEMAN-POLDERMAN M., *Het drinkgedrag in westerse landen en van hun bevolkingsgroepen, Editoriaal in Alcohol selectief, 44, juli (1994).*

◎ VROUWEN EN PSYCHOFARMACA : WEER EEN KEURSLIJF ?

Anita De Winter
PC, Sleidinge

❶ Situatieschets

Het is meer algemeen ook zó dat vrouwen vaker de arts (huisarts en specialist) bezoeken, vaker worden opgenomen in het ziekenhuis en alle soorten geneesmiddellen ongeveer 1,5 uur meer gebruiken (zowel geneesmiddelen op voorschrift als zelfmedicatiemiddelen) dan mannen (3). Vrouwen maken ook meer gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (24).

Als we kijken naar het aandeel van psychofarmaca binnen het globale geneesmiddelengebruik zien we dat dit ± 1/4 is.

De vaststelling waar we hier van uit gaan is dat vrouwen 2 x meer psychofarmaca gebruiken in Noord-Amerika en West-Europa (behalve Finland) dan mannen (20, 12, 8).

Het psychofarmacagebruik is niet zó oud. Vnl. in de jaren '60-'70 is het algemeen verspreid geraakt.
Door kritiek vanuit medische hoek en van de kant van de patiënten daalde het verbruik vanaf de jaren '80 in Groot Brittannië en de Verenigde Staten (19). In België nochtans blijft het verbruik van slaap- en kalmeermiddelen stijgen.
Het echte chronische gebruik (langer dan één jaar) bedraagt ongeveer 1,5 %.

- ***De verdeling van de psychofarmaca ziet er als volgt uit (2):***

  68 % anxiolytica (benzo's, meprobamaat , barbituraat)
  22 % hypnotica/sedativa (barbituraat - benzo - gluttettimide chloral derivaat)
  4 % antidepressiva
  3 % antipsychotica
  3 % stimulantia (amfetamines...)

- ***Epidemiologische gegevens :***

Zowel voor mannen als voor vrouwen geldt dat de overgrote meerderheid van de gebruikers niet buitenhuis werkt (70 %). Het gebruik neemt toe met de leeftijd. 3/4 van de gebruikers heeft ten hoogste lager onderwijs gedaan. In verschillende studies valt het langdurig gebruik van psychofarmaca op. De gemiddelde duur van de dagelijks inname is bij mannen 6,5 jaar, bij vrouwen 10 jaar (op een bepaald moment gemeten). De samenlevingsvorm speelt een rol. Weduwen en weduwnaars en alleenstaanden gebruiken meer.

In de groep niet-gebruikers wonen relatief meer personen nog bij hun ouders.
Met 2 samenwonen is een groter risico op gebruik van psychofarmaca dan wanneer er meer personen samenwonen (24).
De klachten waarvoor psychofarmaca in 't algemeen voorgeschreven worden zien we bijv. in de resultaten van het Nederlands Transition Project met gegevens uit '87.
In bijna 3/4 van de gevallen worden psychofarmaca door de huisarts voorgeschreven (14).

❷ Hypothesen rond sexeverschillen in gebruik van psychofarmaca

Vrouwen leven gemiddeld langer dan mannen (mannen : 72 jaar, vrouwen : 78 jaar). Vermits het gebruik van psychofarmaca toeneemt met de leeftijd (de grootste groep starters van een benzo is overigens de groep 60-70-jarige vrouwen) kunnen we dus een groter gebruik verwachten bij vrouwen. Maar dit verklaart zeker niet het grote verschil.
Heel wat hypothesen zijn de laatste jaren geformuleerd ofwel in de richting van : het gaat om artefacten, het leven van vrouwen wordt gemedicaliseerd... Dit is de constructivistische visie. Andere hypothesen gaan zoeken naar reëIe verschillen tussen mannen en vrouwen : vrouwen zijn kwetsbaarder, uiten gemakkelijker gevoelens, hebben het socio-economisch slechter... Dit is de realistische visie (24). Constructivistisch of realistisch : al naargelang wat je wil bewijzen. Maar het blijft als een paal boven water staan dat vrouwen 2 x meer psychofarmaca gebruiken. Onderzoeken we enkele hypothesen :

- ***Vrouwen zijn geestelijk ongezonder***

Er bestaan grote verschillen in aard van psychiatrische stoornissen bij mannen en vrouwen.
Mannen worden b.v. meer opgenomen in het ziekenhuis wegens alcohol-gerelateerde problemen en schizofrenie; vrouwen wegens affectieve stoornissen en neurosen (16).

Slaapproblemen komen ook frekwenter voor bij vrouwen. Globaal is er evenveel ernstige psychiatrische pathologie bij vrouwen, als bij mannen.
Affectieve stoornissen, angst en slaapstoornissen geven echter meer aanleiding tot voorschrijven van psychofarmaca.
De psychopathologie bij vrouwen is dus anders. Toch verklaart dit het het grotere gebruik niet omdat psychofarmaca aan vrouwen worden voorgeschreven voor oneigenlijke redenen. Uit een onderzoek in Nederland (22) bv. blijkt dat vooral vrouwen waarbij de diagnose hoofdpijn en algemene moeheid gesteld wordt toch benzo's krijgen alhoewel dit geen indicaties zijn voor benzo's. Een onderzoek in de British Medical Journal(2) toont ook de discrepantie tussen diagnose en psychofarmaconvoorschrift (6).

Een andere aanduiding dat het criterium psychiatrische of psychische stoornis er niet veel toe doet blijkt uit het feit dat vrouwen opgenomen in een ziekenhuis om duidelijk somatische redenen (gastro-intestinale problemen, cardiovasculaire) ook 2 x zoveel psychofarmaca krijgen (2).
Bij mannen en vrouwen met astma zien we dat vrouwen veel meer, in tegenstelling met mannen, ook nog een tranquillizer krijgen voor dezelfde problematiek.(11)

- ***Er is hormonaal wat mis met vrouwen***

Vrouwen consulteren in de gezondheidszorg veel meer dan mannen. Dit sexe-specifieke overwicht wordt voor ongeveer de helft bepaald door specifieke vrouwgebonden condities : zwangerschap, menstruatie, menopauze, aandoeningen van de vrouwelijke urogenitale organen en contraceptie. Dit heeft te maken met "medicaliseren van het vrouwenleven" (9) maar ook met het feit dat vrouwen meer om preventieve redenen naar een arts moeten. Meer consultaties biedt simpelweg meer gelegenheid tot voorschrijven.

Een studie van Parish (Londen '71) toont dat 1/20 van alle voorschriften van psychofarmaca in verband staan met menstruatie, zwangerschap of menopauze (2). Men zou kunnen stellen dat vrouwen meer psychische problemen ontwikkelen bij fysieke ongemakken. Nochtans vindt men geen overeenkomstig voorschrijfgedrag van psychofarmaca bij mannen die klagen van zuivere mannenproblemen als prostatisme of impotentie (7).

- ***Vrouwen zijn grotere klagers***

Vrouwen brengen inderdaad meer klachten in de psychische sfeer bij medische consultaties (2). Deze klachten leiden nogal eens tot een voorschrift voor een psychofarmacon (6).
Vrouwen zoeken ook meer hulp in de ambulante geestelijke gezondheidszorg dan mannen (24).
Dit verschillend ziektegedrag heeft te maken met verschil in morbiditeit (aandoeningen) en verschil in wijze waarop mannen en vrouwen met gezondheid omgaan. Dit verschil zit in andere symptoomperceptie, symptoomrapportage en symptoomregistratie van klachten door mannen en vrouwen (16,4).

Er is weinig onderzoek verricht naar symptoomperceptie(waarneming) bij mannen en vrouwen. Vrouwen worden geconfronteerd met hun lichaam door menstruatie, zwangerschap, bevalling en menopauze. Hierdoor kan er bij vrouwen een grotere gerichtheid bestaan op gezondheid en gezondheidsklachten. Veel vrouwen "bewaken" de gezondheid van hun gezinsleden wat dit mechanisme zal versterken (4). Dit zou ook opgaan voor psychische klachten.
Vrouwen zouden omtrent gezondheid ook andere cognities hebben : nl. ze schrijven problemen meer toe aan zichzelf dan aan externe factoren. Hierbij sluit de hypothese aan dat vrouwen meer intrapunitief zijn en mannen extrapunitief. Vrouwen worden ook

meer behandeld voor "intrapunitieve" problemen zoals internalisering van conflicten waardoor depressie en fobie ontstaan en mannen voor extrapunitieve problemen zoals acting out, anti-sociaal gedrag en paranoia. Dit is conform met de socialisatiehypothese waarbij mannen leren agressief te zijn, op zichzelf te vertrouwen en hoge pijndrempels te verdragen, terwijl vrouwen leren klachten te uiten en op anderen te steunen (Weisman 1980).

Onderzoek naar klachtenpresentatie is er wel. Daaruit blijkt bijvoorbeeld in een Nijmeegs onderzoek (4) dat vrouwen bij lichamelijke klachten vaker psychosociale problemen presenteren. Vrouwen praten bij de arts meer over het psychisch welbevinden.

Deze houding vormt de basis van de "Women are expressive" theorie (2,20). Zij stelt dat gezondheidsgedrag van mannen en vrouwen verband houdt met de cultuur in de Westerse gemeenschap waar aan vrouwen toegestaan wordt gevoelens zoals angst uit te drukken, emotionele problemen te hebben en medische hulp hiervoor in te roepen.

Tenslotte is er de symptoomregistratie. "Gender-bias" speelt hierbij een grote rol (1). Bij de diagnose van psychische klachten refereren de meest gebruikte maatstaven voor geestelijke gezondheid naar een normaliteit die vooral mannelijk is. Artsen, die de "leveranciers" zijn van de voorschriften voor benzodiazepines, zijn opgeleid met mannelijke maatstaven voor wat psychisch gezond is en niet. Op die manier wordt aan de toekomstige hulpverlener een bepaalde visie meegegeven rond de klachten van vrouwen en kan dit het voorschrijven beïnvloeden.

- ***Artsen reageren anders op vrouwen***

Hierbij schets ik kort de resultaten van een "zeldzaam" onderzoek in Genève (17) waar het voorschrijfgedrag van psychofarmaca van 15 mannelijk en 9 vrouwelijke artsen aan 2493 ambulante patiënten vergeleken wordt.

Alle artsen, onafhankelijk van geslacht, schrijven meer psychofarmaca voor aan vrouwelijke patiënten.
Vrouwelijke artsen schrijven echter hier bovenop nog meer psychofarmaca voor zowel aan vrouwelijke als aan mannelijke patiënten.
De auteurs geven 3 mogelijke verklaringen :

✓ Meer psychofarmaca voorschrijven aan vrouwen komt overeen met een grotere prevalentie van depressie en angst bij vrouwen. Deze pathologie zou door vrouwelijke artsen beter kunnen opgemerkt worden.

✓ De artsen zouden fysieke symptomen meer aan psychische problemen kunnen toeschrijven bij vrouwen en zijn meer geneigd om minder intense symptomen te behandelen bij vrouwen. Uit het onderzoek zouden we moeten concluderen dat vrouwelijke artsen nog meer beïnvloed zijn door deze "Gender- bias" dan mannen.

✓ Psychofarmaca worden té weinig aan mannen voorgeschreven. Dit zou een gevolg kunnen zijn van het feit dat vrouwen door hun frequenter arstenbezoek om andere redenen gemakkelijker bijvoorbeeld depressieve gevoelens kunnen uiten.

- *Vrouwen hebben het socio-economisch slechter*

In dit verklaringsmodel stelt men dat factoren gebonden aan moederschap, huwelijk, huishoudelijk werk, baan buitenhuis enz. maken dat vrouwen meer psychische problemen hebben en dus ook meer psychofarmaca krijgen!
Deze hypothese wordt door heel veel onderzoek ondersteund (6). Als men een groep mannen en een groep vrouwen vergelijkt die onderling gelijkgesteld zijn op sociale en economische dimensies, dan valt het verschil in ziekte en medicatiegebruik weg !
Zoals reeds in de inleiding aangegeven is een belangrijke parameter voor psychische gezondheid het al dan niet hebben van een betaalde baan (7). Zowel mannen als vrouwen die buitenhuis werken zijn psychisch gezonder.
Volgens onderzoeksgegevens gaat de vaak genoemde dubbele belastingshypothese; de combinatie van werk thuis en werk buitenhuis, voor vrouwen en ook voor moeders van kleine kinderen in zijn algemeenheid niet op.
Ondanks deze overeenkomst tussen mannen en vrouwen naar werksituatie is er bij nadere uitsplitsing ook sprake van verschil. Bij de niet-werkenden lijkt een verzorgende rol, de aanwezigheid van thuiswonende kinderen, wel voor de vrouwen maar niet voor de mannen een relatief gunstig effect hebben op de gezondheidstoestand. Of dit het gevolg is van verschil in rolopvattingen of van redenen voor het niet buitenhuis werken (bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid bij mannen) is vooralsnog onduidelijk. Tevens is het opvallend dat het beschermend effect van een betaalde baan niet opgaat voor vrouwen uit de laagste sociale klasse. Arbeidsomstandigheden, verschil in motivatie (werken om den brode) zijn mogelijke verklaringen.
In verband met de invloed van de samenlevingsvorm zien we dat in gezinnen waar mannen meer de "vrouwelijke" rol opnemen i.v.m. werkstatus en kinderzorg, ook meer psychofarmaca gaan gebruiken. De gezinssituatie heeft wel vooral op de vrouwen een effekt. Een zieke parnter of een niet traditioneel gezin bijvoorbeeld verhogen het gebruik van psychofarmaca bij vrouwen in hogere mate. Dit kan ook verklaard worden doordat vrouwen bij familiale problemen meer de arts consulteren.

- *Vrouwen zijn het slachtoffer van farmaceutische reclame* (19, 13)

Farmaceutisch reclame is een belangrijke bron van informatie over medicamenten en die informatie heeft een cruciale invloed op het voorschrijfgedrag van de arts.(19)
Advertenties voor psychofarmaca zijn minder wetenschappelijk en minder informatief zijn dan reclame voor andere geneesmiddelen.
Het veelvuldig gebruik van metaforen ondersteunt deze stelling.

Vrouwen kwamen vroeger meer voor in advertenties voor psychofarmaca dan mannen. Sinds 1970 is er een kentering : mannen verschijnen meer in de reclames. Dit zou een reactie kunnen zijn van de farmaceutische industrie op de kritiek van vrouwen. Meer plausibel is dat mannelijke gebruikers een nieuwe doelgroep vormen met een mogelijke expansie van de markt.

- *Convergentie en substitutiehypothese* (20, 18)

De substitutiehypothese bestaat erin dat "coping" met angst en depressie ofwel gebeurt met de hulp van psychofarmaca of met alcohol.
Tranquillizers- en slaapmiddelengebruik wordt meer als vrouwelijk copingmechanisme bestempeld : kalmerend, privé, geassocieerd met broosheid en emotionele instabiliteit.
Alcohol wordt geassocieerd met viriliteit, kracht en sociaal contact. Dit zou meer passen bij een mannelijk imago.
Het gebruik van psychofarmaca bij vrouwen is inderdaad een spiegelbeeld van het gebruik van alcohol bij mannen. Vrouwelijke gebruikers van tranquillizers zijn ook meer geneigd om alcohol, koffie en tabak te abuseren. Bij mannen integendeel zou gebruik van psychofarmaca alcoholgebruik verminderen. Het substitutiemodel zou dus wel opgaan voor mannen maar niet voor vrouwen.
De Convergentiehypothese geeft aan dat wanneer vrouwen een meer mannelijk leefpatroon overnemen (buitenhuis werken, minder gezinszorg) zij de mannelijke copingmechanismen én de pathologie overnemen.

❸ Worden vrouwen er beter van ?

Dat psychofarmaca zin hebben bij welgestelde indicaties hoeft geen betoog.

Dat er in België een globale overconsumptie is blijkt uit de eerder voorgestelde cijfers die België met andere landen vergelijkt.
Dat vrouwen om oneigenlijke redenen nog eens extra psychofarmaca nemen zouden we hier willen stellen. Wat uiteindelijk het verchil maakt in gebruik van psychofarmaca is niet het geslacht op zich maar wel de socio-economische situatie en de subjectieve lichamelijke en psychische klachten (15).

Wat de socio-economische situatie betreft blijkt bij vrouwen een zinvolle baan bijvoorbeeld een belangrijke protectieve factor. Het lijkt vrij duidelijk dat ongenoegen, onvrede, omwille van een ongewenste leefsituatie (werkloosheid, financiële problemen, alleenstaande ouder) niet kan opgelost worden met psychofarmaca.

Over de subjectieve klachten hadden we het in hypothese 3. Vrouwen komen meer in contact met de gezondheidszorg omwille van preventie, zorg voor het gezin, anticonceptie en zwangerschap. Bij die gelegenheden kunnen allerlei gespreksonderwerpen aan bod komen en kan dit aanleiding zijn tot voorschrift van een psychofarmaca. Vrouwen uiten gemakkelijker psychische klachten of in ieder geval worden hun

ervaringen (sociaal, fysiek, vrouwgebonden) als psychische klacht geïnterpreteerd. Hierbij speelt de Gender-bias i.v.m. de beeldvorming rond gezondheid een rol.
Als een vrouw praat over ervaringen i.v.m. haar vrouw-zijn, bijvoorbeeld grotere onrust premenstrueel of nog niet helemaal de oude zijn 3 maanden na een bevalling, of vreemde sexuele verlangens in de menopauze, worden deze ervaringen nogal eens als klachten (pathologisch) bestempeld. Dit gebeurt zowel door haar als door de arts. Het leven, het gemoed van een vrouw is cyclisch.
Zwanger zijn en bevallen vraagt tijd, energie. De menopauze is zoals de puberteit een overgang naar een nieuwe fase die aanpassingen vraagt. Moet het leven van een vrouw zonodig gemedicaliseerd en behandeld worden ?

En wat met de reactie van de arts ?

In een artikel in Family Practice lezen we : 'Alhoewel de patiënte de arts vertelt over haar leefsituatie verwacht zij niet dat de arts alles oplost. De arts moet misschien zijn imago van interveniërende, organiserende actor ombuigen naar een zorgende, luisterende rol om de nood te bevredigen van haar vrouwelijke patiënte. Dergelijke houding is een uitdaging voor de traditionele almacht van de arts, maar is misschien meer efficiënt en bevredigend voor de patiënten met ongedefinieerde klachten als voor de arts.
Mogelijks voelen artsen zich ook minder goed thuis op het gebied van psychosociale problematiek en kiezen zij voor een behandeling met psychofarmaca vanuit een gebrek aan alternatieven.

Vrouwen krijgen dus nogal eens een psychofarmacon om oneigenlijke redenen. Wat de grootste groep (benzodiazepines) betreft is een bijkomend probleem dat eens gestart heel wat gebruikers ook blijven slikken, ook als er geen indicatie meer is (21).
Benzo's zijn verslavend en verschijnselen als "rebound insomnia" (opnieuw en soms sterker optredende slapeloosheid bij stopzetten van een benzo) en ontwenningsverschijnselen (angst, beven, concentratiestoornissen, misselijkheid, braken...) kunnen de motor zijn om gebruik verder te zetten.
Anderzijds geven benzodiazepines op zich een aantal nevenwerkingen die opnieuw verantwoordelijk kunnen zijn voor verder gebruik bijv. verminderde spierspanning, vertraagde motoriek, slaperigheid, vermindering van cognitieve functies (geheugen en concentratie), nachtmerries, agressie en irritatie....
Tenslotte geef ik nog kort de ervaringen van vrouwen tijdens het proces van losmaking van benzodiazepines in zelfhulpgroepen : een onderzoek gedaan in Nijmegen (10).
Dit lijkt wel het losmaken van een keurslijf. Er is sprake van een gefaseerd veranderingsproces :

- *de tevredenheid*
- *het vermoeden*
- *het weten*
- *de nieuwe tevredenheid*

- *de tevredenheid*

De vrouwen gaan met klachten als hoofdpijn, slapeloosheid en spanningen naar de huisarts. Volgens de vrouwen komen de mogelijke oorzaken en achtergronden van hun klachten nauwelijks aan de orde en op voorschrift van de arts begint het gebruik van een benzodiazepinepreparaat, variërend van 14 dagen tot 4 weken. Enkele vrouwen die de arts vragen naar de kans op verslaafd raken aan de middelen worden met een ontkenning daarvan gerustgesteld. Door het gebruik verdwijnen of verminderen de klachten en de vrouwen zijn dan ook tevreden met de middelen.

- *het vermoeden*

Het gebruik gaat door omdat dit als enige mogelijkheid gezien wordt om te kunnen blijven functioneren in een problematische situatie die zij als onveranderbaar ervaren. Het met behulp van middelen blijven functioneren gaat ten koste van het identiteitsbesef van de vrouwen; zij verliezen het contact met hun omgeving.
Kenmerkend voor deze fase is dat de vrouwen af en toe beginnen te vermoeden dat men afhankelijk van de middelen is geworden en dat de pillen gevolgen hebben zoals angst, sufheid en vervlakking. Dit vermoeden proberen de vrouwen te sussen met de veronderstelling dat de huisarts weet wat goed voor hen is. Zo er al sprake kan zijn van zoiets als een verslaving dan betreft het naar hun inzicht een legale verslaving op dokters voorschrift. Pogingen om het gebruik te stoppen of te minderen lukken niet. Een patiënte : "Door het slikken heb ik wel jarenlang in een grijze middenmoot gezeten, ik leefde en dat was het dan."

- *het weten*

Een toenemende weerzin tegen het vaak jarenlange gebruik, de ervaring dat de middelen geen oplossing bieden en de ervaring niet zonder meer met het gebruik te kunnen stoppen, veroorzaken bij de vrouwen een toenemende ontevredenheid met zichzelf en met de situatie waarin zij verkeren.
In de zelfhulpgroep vinden ze herkenning en erkenning van hun medicijnafhankelijkheid en leren ze die onder ogen zien. De erkenning doet de vrouwen beseffen dat zij in een vicieuze cirkel zitten : zij hebben de middelen nodig om te kunnen functioneren, zij willen stoppen uit ontevredenheid maar kunnen dat niet vanwege de afhankelijkheid en een gebrek aan zelfvertrouwen waardoor het gebruik weer voor de hand ligt.
De omslag van een vermoeden naar een besef van afhankelijkheid is kenmerkend voor deze fase.
Gaandeweg ontwikkelen de vrouwen een meer zelfstandig gedrag en gaan zij eisen stellen aan hun omgeving. Het laten staan van het laatste gedeelte van de vroegere dagelijkse dosis kost de vrouwen de meeste moeite.
Een patiënte : "Ik was constant met mezelf bezig en dat waren ze thuis niet gewend van mij. Normaal pakte ik een pilletje en ging ik gewoon door met het huishouden en zo."

- *de nieuwe tevredenheid*

Het succesvol verloop en het zich beter gaan voelen motiveert de vrouwen om door te gaan met het afbouwproces. Het herinterpreteren van het verleden levert inzicht op in de eigen rol, houding en situatie. Hierdoor ontwikkelen de vrouwen nieuwe vormen van probleemoplossend gedrag en kunnen zij afstand doen van de middelen. Het nieuwe van deze fase is dat de meeste vrouwen geleerd hebben hun problematiek te delen met hun naaste omgeving. In de algemene zin stellen de vrouwen zich onafhankelijker op en voelen zij zich meer volwaardig mens.
Een patiënt : "Ik was er wel maar dan als een robot, vroeger. Al die jaren die ik kwijt ben door de pillenslikkerij, dat vind ik achteraf heel erg. Nu ben ik veel meer dan de oude van voor het slikken. Ik kan alles en wat ik doe, doe ik voor honderd procent, ik ben een heel blij mens geworden."

❹ Literatuur

1. Apfel RJ., *How are Women Sicker than Men ? An overview of psychosomatic problems in women.* Psychother. Psychosom. (1982) ; 37: 106-118.

2. Ashton H. Psychotropic - *Drug Prescribing for Women.* British Journal of Psychiatry (1991); 158 (suppl. 10) : 30-35.

3. Blom A.Th.G., et al. *Verschillen in geneesmiddelengebruik van mannen en vrouwen*(1). Pharmaceutisch Weekblad (1991) ; 126 : 900-904.

4. Blom A.Th.G., et al. *Verschillen in geneesmiddelenverbruik van mannen en vrouwen*(2). Pharmaceutisch Weekblad (1991) ; 126 : 924-929.

5. Blom A.Th.G., et al. *Vrouwen gebruiken meer psychofarmaca.* Optima Farma (1987) ; 3 : 229-231.

6. Cafferata G.L., et al. Pathways to Psychotropic Drugs. *Understanding the basis of Gender Differences.* Medical Care (1990) ; 28 no.4 : 285-299.

7. Cafferata G.L., et al. *Family Roles, Structure, and Stressors in Relation to Sex Differences in Obtaining Psychotropic Drugs.* Journal of Health and Social Behaviour (1983) ; 24 : 132-143.

8. Dawkins K.M.D., et al. *Gender Differences in Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Psychotropics : Focus on Women.* Psychopharmacology Bulletin (1991) ; 27 no. 4 :417-426.

9. Geuns M., et al. *Dokteren aan vrouwen : Medicalisering van vrouwenlevens.* Medisch Contact (1986) ; 41 : 1067-1069.

10. Haarselhorst M., et al. *Vrouwen, benzodiazepinegebruik en zelfhulp.* Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg (1992) ;70 :118-122.

11. Hindi A.MC., *Asthma and the use of CNS depressants : gender differences.* Journal of Astma (1992) ;29(4) :259-264.

12. Hohmann A.A., *Gender Bias in Psychotropic Drug Prescribing in Primary Care.* Medical Care (1989) ; 27(5) : 478-490.

13. Jelley M., et al. *Portrayal of Women in Advertisements.* British Journal of Psychiatry (1991); 159 : 586.

14. Lagro Janssen A.L.M., *Profielen van regelmatige gebruikers van benzodiazepines in een huisartspraktijk.* Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde (1993) ; 137(39) : (1969-1973).

15. Lagro Janssen A.L.M., *Vrouwen, Gezondheid en de Huisarts.* Huisarts en Wetenschap (1991) ; 34 : 437-438.

16. Meeuwesen L., et al. *Vrouwen en Gezondheid.* Trendrapport Steo, Den haag (1991).

17. Morabia A., et al. *The Influence of Patient and Physician Gender on Prescription of psychotropic Drugs.* J Clin Epidemiol. (1992) ; 45(2) : 111-116.

18. Oppenheimer E., *Alcohol and Drug Misuse among Women* - An Overview. British Journal of Psychiatry (1991) ; 158 (suppl. 10): 36-44.

19. Riska E., et al. *Advertising for Psychotropic Drugs in de Nordic Countries : Metaphors, Gender and Life situation.* Social Science Medicine (1991) ; 32 (4) : 465-471.

20. Riska E., *How the Sex Differences in the Use of Psychotropic Drugs are Explained.* Scand. J. Social Medicine (1989) ;17:3-6.

21. Salzman C.M.D., *The APA Task Force Report on Benzodiazepine Dependence, Toxicity, and Abuse (ed).* American Journal of Psychiatry (1991) ; 148 (2) : 151-152.

22. Van Der Waals F., et al. *Sex Differences among Recipients of benzodiazepines in Dutch general practice.* BMJ (1993) ; 307 : 363-366.

23. Van Moffaert M., *De seksistische bias in de actuele psychiatrische diagnostiek.* Publicatiereeks RUG-Centrum voor Vrouwenstudies, (1992), 1.

24. Vereyken I., Bauduin D., *Sociale klasse, sexe en psychische problemen.* NCGV reeks (1992). ISBN 90 5253063 7.

25. Yonkers K.A., et al. *Gender Differences in Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Psychotropic Medication.* Am. Journal of Psychiatry (1992) ; 149(5) : 587-595.

◎ GESPECIALISEERDE HULPVERLENING AAN DRUGGEBRUIKERS

Annemie Vermassen
ADIC, Antwerpen

Met 'drugs' bedoelen we in deze tekst de meest gebruikte illegale drugs, zoals heroïne, cocaïne, amfetamines, LSD, hasj...
Bijkomend kunnen alcohol en medicatie een deel van het verslavingspatroon zijn. Het overgrote deel van de druggebruikers dat in de erkende drughulpcentra behandeld wordt, is trouwens polytoxicomaan. Zij gebruiken verschillende produkten door elkaar, al naargelang de behoefte van het moment of de beschikbaarheid van de middelen. Dit gemengd gebruik vraagt speciale aandacht in de ontwenningsfase, vooral als alcohol en medicatie een deel van het gebruik uitmaken.

Op het risico van open deuren in te trappen, wil ik deze lezing beginnen met het voorstellen van de meest gebruikte illegale drugs: hun werking in positieve en negatieve zin, het gevaar van overdosis, de aandachtpunten bij ontwenning.
Een deel van de informatie (middel, uitzicht, manier van inname, effecten op korte en lange termijn) vindt u ook terug in de folders van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugs (VAD) .

❶ Overzicht illegale drugs

- *Heroïne*

  ✓ Symptomen bij gebruik :
  duizeligheid, hoofdpijn, braken, jeuk, slaperigheid, euforie, miosis...

  ✓ Symptomen bij abstinentie :
  spierkrampen, darmkrampen, mydriasis, geeuwen, rillen, rinitis, tranerige ogen, eventueel paranoïa,..

  ✓ Vormen van gebruik :
  intraveneus, chinezen, roken, of in gemengde tabletten (b.v. bij exstacy).

  ✓ Overdosis :
  kan ademhalingsdepressie geven met eventueel coma en dood als gevolg.
  De meeste OD's zijn afkomstig van gemengd gebruik, bijvoorbeeld heroïne met benzodiazipines. Ik wil benadrukken dat afkicken van heroine geen medische urgentie is, dit in tegenstelling tot de afkick van al-

cohol of benzo's. Het probleem is wel dat mono-gebruik van heroïne niet zo vaak voorkomt én dat de medische urgentie wel degelijk bestaat in het hoofd van de cliënt en zijn/haar omgeving. Op medisch vlak moet u zich niet laten imponeren doorde lichamelijke last en klachten bij afkick van heroïne. Pijnstilling als medicatie is over het algemeen voldoende, het risico zit hem eerder in te veel dan in te weinig. Afkicken is natuurlijk wel een psychosociale crisissituatie die we moeten trachten om te buigen tot een motivatiemoment. De medicatie kan daarbij ondersteunend zijn.

- *Cocaïne*

  ✓ Symptomen bij gebruik :
  pijnstilling, euforie, erotische fantasieën, bloeddrukstijging, hartritme verhoogt, temperatuursstijging, mydriasis, laxerend, paranoïa.

  ✓ Symptomen bij abstinentie :
  eventueel paranoïde psychose na chronische intoxicatie.

  ✓ Vorm van gebruik :
  intraveneus, snuiven, roken (van crack, hier als gebruiksvorm minder bekend).

  ✓ Overdosis :
  leidt tot hartklachten (ritmestoornissen) met mogelijk plotse dood en tot psychotische symptomen. Medische begeleiding bij de afkick is afhankelijk van de toestand van de patiënt, eventueel neuroleptica, verder geen medicatie nodig.

- *Speed*

  ✓ Symptomen bij gebruik :
  zelfvertrouwen stijgt, bloeddruk en pols idem, eetlust daalt, mydriasis, helderder bewustzijn.

  ✓ Symptomen bij abstinentie :
  dysfoor, depressief, stoornissen in de REM-slaap, botpijnen, eventueel psychose.

  ✓ Vormen van gebruik :
  intraveneus, snuiven, pillen. NB. Exstacy = hallucinogene speed.

  ✓ Overdosis :
  hartritmestoornissen, bloeddrukdaling tot shock, hyperpyrexie, cerebrale hemorragieën.

Belangrijk is dat de tolerantie van het lichaam voor de toxische dosis niet toeneemt, terwijl de tolerantie voor het effect wel toeneemt. Dat wil zeggen, meer gebruik voor hetzelfde effect zonder tolerantie voor de nevenwerkingen, dus groter risico.

- *Tripmiddelen (vooral LSD)*

  ✓ Effecten van gebruik :
  ik-stoornissen, visuele hallucinaties, veranderingen in beleving van tijd en ruimte, mydriasis, stijging van de pols.

  ✓ Risico's van gebruik :
  flippen, suïcidaliteit, psychose.

  ✓ Vormen van gebruik :
  pillen, percutane plakkers.

- *Hasj*

  ✓ Effecten van gebruik :
  euforie, introverter, veranderingen in beleving van tijd en ruimte, rode conjunctivae, hartkloppingen, lichtschuw, draaierig.

  ✓ Complicaties :
  psychose, flash back.

  ✓ Vormen van gebruik :
  roken, eten, thee.

In het algemeen kunnen we stellen dat afkicken geen zware medische zorg behoeft, tenminste, als er een grondige gebruiksanamnese werd afgenomen.
Medicatie kan en moet zeer gericht en selectief worden gebruikt om de cocktail van producten niet nog eens te vergroten. Speciale aandacht moet zeker gaan naar mensen die ook alcohol en benzodiazipines gebruiken, gebruik dat ze soms zelf niet benadrukken of dat algemeen als onschuldiger wordt afgedaan.
Aandacht is uiteraard in grote mate nodig om van het crisismoment ook een motivatiemoment te kunnen maken. Mijn eigen ervaring met harddruggebruikers leert dat afkicken in een steunende omgeving (begeleiding in het algemeen en medische begeleiding), stukken vlotter verloopt dan daarbuiten.

- *Samengevat kunnen we stellen dat:*

  ✓ Het overgrote deel van de gebruikers polytoxicomaan is en niet via één produkt kan 'beschreven' worden, b.v. een 'heroïnomaan' kan hasj, alcohol, pillen en coke, bijgebruiken; de lichamelijke verschijnselen kunnen te

onbetrouwbaar zijn om te besluiten welk produkt wordt gebruikt, het ene effekt kan trouwens het andere opheffen (b.v. mydriasis en miosis); medische urgenties kunnen zijn: overdosis, zelden het afkicken op zich (zie wel de beschreven uitzonderingen), het aangrijpen van het motivatiemoment, de comorbiditeit van verslavingsproblematiek met andere psychiatrische problematiek, wat de correcte anamnese en diagnose des te belangrijker maakt, en de noodzaak tot totale behandeling veronderstelt. De mengvormen zitten niet alleen in de gebruikszijde, even complex zijn de achterliggende problematieken die leiden tot druggebruik.
Werk genoeg dus voor de hulpverleners.

❷ Moet dan bijkomend nog onderscheid gemaakt worden tussen druggebruikers en druggebruiksters?

Wanneer wij de populatie drugverslaafden in zijn totaliteit bekijken, bemerken wij een belangrijke co-morbiditeit met psychiatrische problemen, met name vaak voorkomende depressie en in mindere mate borderline en anti-sociale persoonlijkheidsproblematiek. Wij zullen daarbij ook op zoek gaan naar vrouwspecifieke eigenschappen van de vrouwelijke gebruikers en nagaan in hoeverre die een vrouwgerichte aanpak noodzakelijk maken.

- *En de vrouwen ?*

Wat is dan typisch voor de vrouwelijke druggebruikster ? Vrouwen maken slechts een minderheid uit in behandelcentra voor harddrugs. Zijn er minder gebruiksters? Is de hulpverlening niet vrouwvriendelijk genoeg? Of zijn beide stellingen waar? Misschien zijn er inderdaad geslachtsverschillen in druggebruik door een sterke socialisatie in risiconemend gedrag bij de mannen. Toch wordt algemeen aangenomen dat vrouwen ondervertegenwoordigd zijn in de drughulpverlening.

- *Meer vrouwen seropositief*

In dit verband is er een interessant onderzoek van Bellis en Donmall in Glasgow naar HIV-besmetting bij intraveneuze druggebruikers (spuiters). Terwijl vooral mannen intraveneus gebruiken, bleek toch 54 % van de seropositieven vrouw. Bestaande naaldenruilprogramma's bereikten 22 % vrouwen, 78 % mannen. Nog meer cijfers: ambulante diensten als dagcentra trokken 1.3 mannen aan tegen 1 vrouw, in residentiële voorzieningen verschuift dat naar 4 mannen tegen 1 vrouw.
Waarom gaan vrouwen zo weinig naar de bestaande diensten? Nemen vrouwen dan meer risico's ?
Vragen die de onderzoekers in diepte-interviews aan 20 intraveneus gebruikende vrouwen stelden. En hun antwoorden vertelden veel over de vrouwonvriendelijkheid van het bestaande hulpaanbod .

- ***Meer, anders, anoniem, met kinderen***

Vrouwen ondervonden vooreerst nood aan toegankelijke informatie over de drughulpverlening. Affiches op publieke plaatsen zijn niet noodzakelijk toegankelijk want niet iedereen durft die info openbaar noteren. Huis-aan-huis bladen zijn daarvoor een beter want anoniemer kanaal. Vrouwen hebben extra redenen om naar vertrouwelijkheid te vragen.
Het sociaal stigma op injecteren is groter voor vrouwen dan voor mannen, zij komen dus minder naar diensten die zich op spuiters richten, zoals de naaldenuitwisseling.
Vrouwen met kinderen mijden tot en met projecten waarbij ze gezien en mogelijk geregistreerd worden, onder andere uit angst voor plaatsing van hun kinderen.
Een aanbod van propere naalden is voor vrouwen onvoldoende.
Zij misten informatie over gebruik, effecten, risico's, veilige injectiemethoden.
Veel vrouwen worden trouwens door hun partner ingespoten.
Vrouwen vroegen algemeen naar andere en gevarieerde diensten, waarbij kinderzorg mogelijk bleef : een mobiele kliniek, avondopvang en detoxprogramma's waar kinderen mee naartoe kunnen.
Residentiële behandeling moet kunnen zonder plaatsing van de kinderen en zonder reductie van bijvoorbeeld uitkeringen.
Er is nood aan veilige huisvesting, ook na een programma en rechtsbijstand, onder andere voor vrouwen in een gewelddadige partnerrelatie.
Vrouwen zochten toegang tot en begeleiding bij scholing. Algemeen was er de vraag naar zinvolle dagbesteding.
Vrouwen vroegen niet speciaal naar vrouwelijke hulpverleensters. Het geslacht van de hulpverleners vonden zij minder belangrijk dan hun algemene attitude tegenover gebruiksters.

- ***Vrouwen en mannengroepen***

Een essentieel deel van opvang in drughulpverlening speelt zich af in een groepsomgeving. Daar leren mensen zichzelf zien vanuit het perspectief van de andere; ze ervaren steun van die andere en er kunnen multipele helpende relaties worden gecreëerd. De groepsomgeving kan een spiegel zijn van de relaties buiten, cliënten kunnen binnen de bescherming van de groep opnieuw leren functioneren. De groep kan effectievere informatie geven rond effecten van druggebruik. Dit cognitief begrijpen is een van de voorwaarden om clean te kunnen blijven. Info wordt beter opgenomen via de peergroep.
Groepen geven ook de mogelijkheid om alternatieve levensstijlen en het interpersoonlijk functioneren van de groepsleiding te observeren.
Al deze functies van de groepsomgeving zijn even belangrijk voor mannen als voor vrouwen maar onderzoek suggereert dat vrouwelijke verslaafden nog andere noden hebben die best worden aangepakt in exclusieve vrouwengroepen.
In de tradionele behandelingen ligt de nadruk op de verslaving als onderliggende oorzaak van dysfunctioneren, waarbij gepoogd wordt te komen tot een volledige verandering van levensstijl.

Dat impliceert afscheid van de gebruikende vriendengroep, totale abstinentie en complete eerlijkheid om verleden en heden onder de loep te nemen. In deze programma's wordt een vrij confronterende stijl gebruikt, sterk gestructureerd en gedragsmatig georiënteerd.
Een onderliggende bedenking hierbij is eigenlijk dat verslaafden slechts een minimale kijk hebben op de impact van hun gedrag op anderen.

- *Wie is die verslaafde vrouw ?*

Kaufmann deed onderzoek naar vrouwengroepen en haalde daarvoor vanuit andere studies een aantal karakteristieken aan van vrouwelijke drugverslaafden :
Vrij algemeen wordt aangenomen dat vooral vrouwen met grotere frequentie slachtoffer waren van sexueel misbruik en fysiek geweld in de kinderjaren. Incest, verkrachting, mishandeling.
Vrouwen zijn meer sociaal geïsoleerd. Vrouwen gebruiken vooral thuis. Het stigma voor verslaafde vrouwen is groter dan voor mannen waardoor ze ook meer verwerping door familie en vriendenkring ervaren. De meest betekenisvolle relatie is vaak de eveneens gebruikende partner. Tot 60 % van de vrouwen heeft een relatie met een gebruikende partner. Die stimuleert hen minder tot ontwennen dan de hoofdzakelijk cleane partner van gebruikende mannen.
Vrouwen uiten een grotere behoefte aan interpersoonlijke relaties dan mannen. Relaties worden aangevoeld als primaire factoren in lukken of mislukken. In traditionele mannengroepen wordt gepoogd de druk van de peergroep af te bouwen terwijl bij vrouwen wordt gepoogd zinvolle ondersteunende relaties op te bouwen.
Vrouwen zijn doorgaans armer, minder opgeleid, en hebben minder jobervaring.
Vrouwen meer dan mannen dragen zorg voor de kinderen. Vrouwen kunnen wegens zwangerschap soms niet terecht in de hulpverleningscentra.
Vrouwen zijn minder betrokken bij criminele activiteiten.

- *Gemengd of exclusief*

Verschillende auteurs stellen dat de ontwikkeling van vrouwen bij voorkeur verloopt in een relationele context waar bij mannen het streven naar individualisatie en autonomie voorop staat.
In het onderzoek van Kaufmann worden 34 vrouwen die deelnamen aan twee verschillende programma's ondervraagd over hun ervaring met gemengde en exclusief vrouwelijke groepen. Thema's die in alle interviews terugkwamen en pleiten voor de vrouwengroepen zijn: het centrale van de interpersoonlijke relaties, het gevecht voor een eigen identiteit, het gevecht tegen de objectivatie, de moederrol, de steunende levensomstandigheden.
Vrouwen stellen zichzelf verantwoordelijk voor het falen van relaties. Hun laag zelfwaardegevoel leidt ertoe dat afwijzing en misbruik worden beleefd als gevolgen van hun eigen tekortkomingen. Zij hebben daarbij grote nood om deze ervaringen te toetsen aan en te delen met andere vrouwen en wederzijdse steun te ondervinden in hun vaak pijnlijke relatiestrubbelingen met mannen.

Gedeelde ervaringen en ondersteuning worden gezien als cruciale hulpmiddelen om de afweer af te bouwen tegen herkenning van pijnlijke intrapsychische en interpersoonlijke processen en een positief zelfbeeld op te bouwen. Vrouwen zijn soms te lang 'eigendom' geweest van mannen om in mannelijk gezelschap vrij en open over hun gevoelens te kunnen spreken.
Gemengde groepen worden door de geïnterviewde vrouwen vaak gezien als mogelijk misbruikende setting.
Te veel vrouwen hebben traumatiserende ervaringen gehad met sexueel misbruik of mishandeling en openlijk of bedekt sexueel gedrag kan bij deze vrouwen een terugslag geven. Zelfs bij minder kwetsbare vrouwen kunnen sex-gekleurde antwoorden door mannen ervaren worden als de negatie van hun persoon. Voor deze vrouwen met sexueel misbruik in de voorgeschiedenis, is het juist essentieel aangesproken te worden als individu. Een vrouw noemde het zo: 'Ik ben hier om beluisterd te worden, niet bekeken. Ik ben geen sexueel object, ik ben een persoon.'
In de gemengde groepen waren vrouwen niet bekwaam geweest mannen te confronteren met onaangepast gedrag.

- *Vrouwen voor vrouwen*

Vrouwengroepen waren wel een veilig forum om angsten en frustraties te vertellen. Vrouwen ondervonden daar ook (dikwijls voor het eerst) dat ze niet alleen waren met deze ervaringen en dat kan een start betekenen, weg van de zelfblamage en het begin van een steunend netwerk. De meeste vrouwen waren ook moeders en schaamte en schuld waren persistente gevoelens bij deze vrouwen. Zij ervoeren deze schuld - en schaamtegevoelens als bedreigend voor herval en uitten een grote nood om erover te spreken zonder te worden veroordeeld. Vele van deze vrouwen hadden zelf ook de ervaring als kind verworpen te zijn geweest door hun moeder en hadden zwakke moeders gehad die niet in staat waren om zichzelf en hun kinderen te verdedigen.
Vrouwengroepen gaven hen de gelegenheid andere zorgende vrouwen te zien, alsook de gevolgen bij anderen te zien van de slachtofferrol. Dit sterkte hen in hun poging tot onthouding en persoonlijke groei.
In het algemeen kunnen we zeggen dat de omgevingsinterventies zich moeten richten naar de volledige complexiteit van de levens van deze vrouwen. Niet alleen focussen op verslaving. Het is nodig de sociale isolatie te doorbreken en een steunend netwerk op te bouwen.

- ***Illegaal druggebruik en zwangerschap***

De combinatie 'Illegaal druggebruik en zwangerschap' geeft snel aanleiding tot discussie. Een vooral emotioneel debat, beladen met morele oordelen en vooroordelen, met strijd rond het belang van de vrouw en het belang van het kind.

In Glasgow deed dr. Hepburn een onderzoek bij zwangere vrouwen met zware sociale problemen, waaronder druggebruik.
Zij stelde een wisselwerking vast tussen druggebruik en slechte socio-economische levensomstandigheden. Zij concludeerde dat veelal de problemen niet veroorzaakt worden door de zwangerschap, er is wel een escalatie.
Extra problematiek hangt samen met :

- ✓ dieet, leidend tot amenorree (en niet noodzakelijk infertiliteit), en anemie;
- ✓ overdosering, onderdosering;
- ✓ injectietrauma's, b.v. trombose;
- ✓ infecties : abcessen, septicemie en endocarditis, SOA, Hepatitis B en HIV.

I.v.m. de bevallingen van 200 verslaafde vrouwen kwam Hepburn tot de conclusie dat zij snel , spontaan en efficiënt bevielen (9,5 % vroeggeboortes, 5 % geïnduceerden en 9 % door keizersnede)

- *Het kind*

De grote vraag stelt zich natuurlijk naar de teratogene effecten van drugs op de baby. Men vermoedde en vond ook : hogere mortaliteit, meer prematuriteit, lager geboortegewicht.
Dit zijn echter niet-specifieke effecten, die ook geobserveerd worden in gevallen van socio-economische deprivatie of bij andere factoren, bv. rokende moeders. Het is dus niet mogelijk deze effecten rechtlijnig en exclusief toe te schrijven aan druggebruik van de moeder.
Op de 200 baby's van druggebruiksters was 9,5 % preterm, 12,5 % had een laag geboortegewicht, 11 % was 'small for date'. Deze resultaten bleken echter niet slechter bij druggebruiksters dan bij vrouwen met soortgelijke sociale achtergrond die géén drugs gebruikten.

De langetermijneffecten zijn voorlopig niet gedocumenteerd. Het zal uiteraard zeer moeilijk zijn de correlatie aan te tonen tussen druggebruik en bijvoorbeeld gedragsstoornissen, abstractie makend van andere factoren.

- *Verslaafd geboren*

Het enige duidelijk specifiek effect van druggebruik op de baby is het abstinentiesyndroom bij de pasgeborene. Die toestand is vooral gedocumenteerd bij de opiaten en wordt gekenmerkt door hypertoniciteit, instabiliteit mogelijk gaande tot convulsies, verstoorde slaap, slechte of moeilijke voeding.

- ***Wat te doen met zwangere drugverslaafden?***

Terwijl men zegt dat gebruik van drugs gevaarlijk is voor de foetus, is detoxificatie van de moeder soms even gevaarlijk.
Ongecontroleerd stoppen met druggebruik kan zelfs leiden tot overlijden van het kind, wegens vasoconstrictie in de placenta of loslating van de placenta, met dood of slechte groei van de foetus tot gevolg.
Anderzijds is het wel zo dat zwangerschap een goede motivatie kan zijn tot verandering van de levensstijl. Vrouwen moeten echt willen stoppen met druggebruik, in het belang van hun kind. Het objectief moet echter zijn de levensstijl maximaal te stabiliseren, al dan niet met substitutie of detoxificatie, maar vooral gericht op de vermindering van alle risico- dragende omstandigheden rond de druggebruikende zwangere.

- ***Conclusie***

Zwangerschapsproblemen hebben duidelijk een multifactoriële etiologie en zijn minder afhankelijk van het druggebruik op zich, dan van de onderliggende socio-economische deprivatie en de effecten van de drugs op de levensstijl.
Wanneer het druggebruik gecontroleerd is en niet resulteert in een chaotische levensstijl, kunnen deze vrouwen adequate kinderzorg leveren. Daartoe is een multidisciplinaire aanpak vereist van alle begeleidende sociale problemen, en opnieuw het steunend netwerk om het isolement te doorbreken.

❸ Referenties :

1. *"Drug use in pregnancy".* Hepburn Dr. M., Royal Maternity Hospital. Glasgow. British Journal of Hospital Medicine (1993) - Vol. 49 n°1

2. *"The role of women's Therapy group in the treatment of Chemical Dependence".* Kaufmann E. et al.
American Orthopsychiatric Association, Inc. p. 65 (3) july (1995)

3. *"Tien jaar psychodynamische vrouwengroepen".*
Delahay in Serie - "Vrouw en psychotherapie".

4. Mary Jane Alexander, Ph. D., (1996) *"Women with co-occuring addictive and mental disorders : An emerging profile of Vulnerability"*
American Orthopsychiatric Association, Inc.

5. *"Treatment Decisions of Chemically - Dependent Women"* - Shoni Davis - The international journal of Addictions, 29 (10) - 1287-1304, 1994

6. Corien Karsten, *"Wie is er bang voor de verslaafde vrouw ?"*
- Serie "Vrouw en psychotherapie" RIAGG. A'dam Zuidoost

7. *"Female harddrug-users in crisis. Childhood trauma and survival strategies".* Utrecht Nederlands Instituut voor Alcohol en drugs - p. 151, 1993

8. *"Substance Abuse During Pregnancy".* J. Wein and Mary Jo Hansell. Nursing & Health Care 13.9 November, 1992

◎ RESIDENTIËLE VROUWGERICHTE BEHANDELING VOOR VROUWEN MET ALCOHOLVERSLAVING

Marie-Roos Pattyn
PC Broeders Alexianen, Tienen

❶ Inleiding

Het hierna volgend hulpverleningsmodel moet gesitueerd worden binnen het kader van een ontwenningskliniek waar in totaal maximaal 58 personen voor een korte periode kunnen verblijven en in kleine groepen een therapeutisch ontwenningsprogramma volgen. Binnen dit geheel functioneert sinds een 6-tal jaren een aparte vrouwengroep. Het is een open groep van 14 vrouwen. De leeftijd schommelt tussen 30 en 50 jaar. De minimum verblijfsduur in de groep is 6 weken.

- ***Therapeutische doelstellingen***

  ✓ De grote doelstelling of de basisfilosofie is dat we een bewustwordingsproces willen op gang brengen waardoor de vrouw grotere vrijheid verwerft om nieuwe en betere keuzen te maken, niet alleen wat betreft het middelengebruik maar ook betreffende haar hele leven. Vooral dit : dat men zichzelf gaat zien als iemand die kan kiezen.

  ✓ In eerste instantie moeten we het middelengebruik (alcohol, medicatie) onder controle krijgen. Hierin zijn 2 zaken belangrijk. Eerst en vooral herstel van het puin dat het alcoholgebruik achter zich liet. We denken hierbij aan gezondheid, financiën, problemen op professioneel vlak, op relationeel vlak, enz. En vervolgens moet een grondige, functionele analyse gemaakt worden van het het gebruikscenario, dit is de hele sequentie van situatie, gevoelens, gedachten, lichamelijke gewaarwordingen, die aan het gebruiken voorafgaat, en erop volgt. Het middelengebruik is hoe dan ook een oplossing voor een als problematisch beleefde situatie, zeker bij vrouwen. Daarom gaan we zoeken naar alternatieve oplossingen, of ombuigingen. Wij vinden het daarbij zeer belangrijk dat de vrouw zicht krijgt op haar specifieke risicosituaties en waarschuwingssignalen voor het gebruiken.

Enerzijds gaan we a.h.w. zeer dicht op de bal spelen, anderzijds komen we terecht op een totale levensstijl en manier van inhoud geven aan het leven - tijdens het analyseren van het gebruik - waarin ook niet geïntegreerde aspecten van de persoonlijkheid en van de persoonlijke levensgeschiedenis een rol spelen.
Zaken als onverwerkte rouw en trauma's worden emotioneel bereikbaar en zonodig werken we hier verder motiverend en verwijzend.

Het is evident dat een programma moet beantwoorden aan de specifieke behoeften van vrouwen die afhankelijk werden van middelen, d.w.z. gebaseerd op een verstaan van de zgn. "redenen" waarom vrouwen gaan drinken m.a.w. de functie van hun drinken, en hoe dat drinken in stand wordt gehouden, en bovenal de specifieke risico's die vrouwen lopen om te hervallen.
Zij zal bovendien méér gesensibiliseerd worden als ze aangesproken wordt, daar waar ze zich in herkent. Zij zal zich zo ook meer erkend voelen.

In die vrouwtypische kenmerken van verslaving springen vooral in't oog :

- ✓ De sociale isolatie, tegelijk oorzaak en gevolg van het drinken.
- ✓ De gevolgen van het maatschappelijk stigma dat alcoholverslaafde vrouwen treft, waardoor ze ook zichzelf heel erg veroordelen, veel schaamte- en schuldgevoelens hebben, en een zeer laag zelfwaardegevoel, hetgeen terug tot drinken leidt.
- ✓ Relatieproblemen
- ✓ Roldeprivatie, leegte in hun leven
- ✓ Problemen met assertiviteit en agressie
- ✓ Veel verlieservaringen
- ✓ Een zwak lichaamsbeeld
- ✓ Velen werden getraumatiseerd in hun jeugd

- ***Inkadering in een langerdurend proces***

✓ Het verblijf in de kliniek wordt meteen ingekaderd in een langer geheel. Dit wordt expliciet ook zo gesteld tegenover de cliënten zelf. Er is namelijk een heel proces aan voorafgegaan van lukken en mislukken, opnieuw proberen .. en dat wordt bevestigd, positief bekrachtigd, vooral de periodes, hoe kort ook, dat het haar wel is gelukt het drankgebruik onder controle te houden. Wij hopen hiermee haar geloof in zichzelf te versterken. Anderzijds zal er nog een lang proces volgen, van lukken en ook mislukken. Daarom wordt ook van in het begin gewezen op de evidentie van een verdere ambulante begeleiding.

✓ We kaderen dit binnen verschillende fasen, geïnspireerd door het model van PROCHASKA & DICLEMENTE.

De eerste 2 - 3 weken noemen we de overpeinzing: we denken na over ons leven zoals het er nu uitziet, over hetgeen achter ons ligt en over wat we verder willen met ons leven: verleden, heden en toekomst. Concreet gebeurt dit ten eerste door de levensgeschiedenis te bespreken, met hoe het middelengebruik daarin geleidelijk aan een plaats heeft veroverd, en welke gebeurtenissen daarin belangrijk waren, en ten tweede door een bilan of balans op te maken van het huidig leefpatroon.
Tijdens deze overpeinzingsfase is er ook een didactisch aanbod: video's geven informatie over alcoholgebruik en de gevolgen.

Daarna komt de fase van de actieve verandering doorheen alle groepstherapieën en andere activiteiten heen, met individuele gesprekken, en met als ruggegraat het hoogstpersoonlijk individueel bilan en doelstellingen en de opeenvolgende bilans, waarover we het verder hebben.
In deze fase is vooruitgang het meest zichtbaar, en wordt door zowel medegroepsleden als familie en vrienden bekrachtigd. Men wint aan zelfwaardering als men die veranderingen waarneemt.

In de derde fase, de integratie in de thuissituatie, zit men reeds in de voortgezette ambulante groep. Men kan er aan deelnemen gedurende 6 maanden. In de kliniek zit men a.h.w. op een vooruitgeschoven positie: het gebruik van het middel wordt geblokkeerd door controle van buitenaf, dit om een drugvrije ruimte te scheppen waarin kan gewerkt worden. Terug in de thuissituatie, na de zgn. 'Wittebroodsweken' komt men in de realiteit, en in situaties die riskant zijn voor hergebruik. In de ambulante groep wordt dit bespreekbaar.
In het algemeen stellen wij het installeren van een netwerk van relaties als belangrijk doelpunt om herval te voorkomen of om hergebruik op te vangen (AA en andere zelfhulpgroepen, diverse contacten....).

- ***Individueel bilan als persoonlijke ruggegraat gedurende de therapie.***

✓ Elke cliënte doorloopt op een hoogst persoonlijke manier de therapie die voor 't grootste deel in groep gebeurt.
Om dit te bewerkstelligen maakt zij een bilan op met daaraan gekoppelde doelstellingen. In dit bilan overloopt zij systematisch bepaalde levensgebieden. Voor ieder van deze gebieden gaat zij na wat hierin nog 'goed ging', en wat hierin moeilijk ging en waar ze naartoe wil. De gebieden werden door ons opgesteld vanuit hetgeen in literatuur en onderzoek bij vrouwen met verslavingsproblemen relevant blijkt. Zo wordt haar aandacht bv. getrokken naar haar lichaamsbeleving, haar sexualiteit, naar de basisstellingen die ze van huize uit meegekregen heeft, waaronder haar opvatting over haar rol als vrouw, naar de manier waarop ze omgaat met ergernis, met het vragen van

hulp, naar de belangrijke gebeurtenissen in haar leven en welke invloed deze op haar hebben gehad, naar haar financieel-sociale situatie, en haar concrete leefgewoontes, hoe ze in haar job zit of wel enig ander sociaal engagement heeft, haar vrije tijdsbesteding, haar relaties, enz.

Het opmaken van dit bilan is een hele klus. Het is intens bezig zijn met zichzelf, een grondige bevraging van zichzelf. Het in de groep brengen is nog en andere klus en men ontvangt hier dan ook uitgebreide feedback op.
Wij komen hier nog op terug.

- ***Het groepsgebeuren als therapeutische hefboom.***

✓ Er is individuele begeleiding maar vooral de groep wordt als therapeutisch instrument gebruikt.

✓ In de eerste fase is het belangrijkste de hoop en motivatie te vergroten. En motiveren is tegelijkertijd ontkenning of restjes van ontkenning, de grote struikelblok bij verslaafden, opruimen.
Het grote middel hiertoe is dan de groep. Het is een groep van gelijken, van lotgenoten, allen vrouwen met alcohol- of medicatieproblemen. In deze gemeenschappelijkheid van lotgenoten spelen herkenning en modeling een grote rol. Daarbij nodigen we systematisch ook cliënten uit die in een latere fase van hun proces zitten.

✓ Maar het is ook een groep van vrouwen. Het zijn vrouwen van alle leeftijden, en van zeer verschillende opleidingsniveaus, van wie naar school ging tot 14 jaar tot universitairen, zowel buitenhuiswerkenden (45 %) als thuiswerkenden (55%), gehuwd, gescheiden, overleden partner of alleenstaand ...De heterogeniteit van de groep zorgt zowel voor rijkdom als voor moeilijkheden.

Wij willen hier even blijven stilstaan bij de mogelijkheden en de valkuilen van een vrouwengroep.

✓ Mogelijkheden :

Vrouwen met een laag zelfwaardegevoel halen - zo blijkt uit onderzoek - niet veel voordeel uit groepstherapie. In een groep die uitsluitend uit vrouwen bestaat is er echter voor haar méér mogelijk.
Doordat er in een vrouwengroep veel onderlinge betrokkenheid, steun en herkenning is, en doordat ook de zelfonthulling er groter is - men praat vrijer, opener en ook intiemer, zeker over vrouwentypische thema's - voelen vrouwen er zich veiliger, en integreren zich gemakkelijker in de groep. Dit is een goed antidotum tegen haar laag zelfwaardegevoel, en maakt haar sterker om op te tornen tegen het sociale stigma dat op de verslaafde vrouw rust.

Ook haar eenzaamheid en haar schaamtegevoelens worden opgevangen : nu merkt zij dat ook anderen diezelfde mogelijkheden hebben - én ook zoveel drinken - waarvan ze dacht dat zij die alleen had. In een vrouwengroep vervallen vrouwen minder snel in een bepaald vrouwelijk rolpatroon, zoals passiviteit, verleiden en zich aanpassen. Dit is belangrijk omdat veel vrouwen met alcoholproblemen zich heel sterk identificeren met de sociaal voorgeschreven vrouwelijke rol. Vrouwen die jarenlang geleefd hebben in een vast patroon van man-vrouw relatie kunnen in een vrouwengroep méér op zoek gaan naar hun eigen identiteit, en naar wat ze van zichzelf hebben laten liggen in hun relatie. Er wordt immers hiervoor de nodige afstand geschapen tot de 'man'.

✓ Valkuilen

Veel vrouwen hebben nogal de neiging om hun zelfwaarde te vinden in het zorgen voor anderen, in het geval van een vrouwengroep zijn dat haar medezusters.
Gevolg hiervan is dat ze hun eigen problemen uit het oog verliezen, én dat ze anderen hun eigen verantwoordelijkheid en kansen om te leren ontnemen, zoals vb. opkomen voor zichzelf, keuzes leren maken, enz.
Dit kan in een groep die uitsluitend uit vrouwen bestaat in extreme mate als groepsnorm aanwezig zijn - ze gaan dit zelfs eisen van therapeuten ! - en constructief therapeutisch werken in de weg staan.
Dit zorgen voor elkaar heeft nog een tweede nadeel namelijk dat confrontatie wordt vermeden. Men durft mekaar minder 'moeilijke' dingen zeggen. Gevoelens van ergernis, kwaadheid en woede worden eerder ingehouden, of niet herkend. Conflicten worden vermeden. Dit kan leiden tot veel onrechtstreeks (manipulatief) omgaan met kwaadheid, of tot depressie en passiviteit (groepsdepressie) of tot drop-outs. Alles bij elkaar een beperkende groepscultuur dus, met processen als splitting in de groep, of het zondebokfenomeen.
Hulpverleners, therapeuten moeten dit zien en er weten mee om te gaan.
Een ander veel voorkomend fenomeen in vrouwengroepen is te grote afhankelijkheid van de groep en van therapeuten: men geraakt er moeilijk van los en blijven in het warme nest van de groep hangen. Vandaar dat we na een eerste fase tussen vrouwen méér naar de thuissituatie toe werken. Beide kunnen een tijd parallel lopen. Bovendien moeten therapeuten goed de grenzen van de therapie bewaken, en in hun eigen opstelling een goed evenwicht vinden tussen afstand en nabijheid. Dit gaat hand in hand met het stimuleren van het afbakenen van grenzen bij de vrouwen zelf onderling.
Wij geven ook speciale aandacht aan afscheid met voorbereiding en afscheidsrituelen.

- ***Momenten in het groepsgebeuren***

Zonder hier volledig te kunnen zijn geven we nu de belangrijkste momenten in dat groepsgebeuren.

✓ Het in de groep naar voren brengen van het Persoonlijk Bilan (in de zgn. 'Bilansessie') is een ingrijpend therapeutisch moment, voor velen een keerpunt. Men maakt zich tot op een dieper niveau kenbaar in de groep, en men ontvangt hiervoor iets terug. De groep geeft hierop feedback. Het is het moment van overgave in de groep en het antwoord hierop vanwege de groepsleden en (verzamelde) therapeuten bevestigt dit positief. Concrete procedures, rituelen eigenlijk, beschermen dit gebeuren. Men bereidt dit voor, en hier wordt met veel spanning en angst naar tegemoet gezien. Achteraf blijkt het voor de meesten een keerpunt in hun proces.

✓ Ook je drankscenario in de groep brengen is zo'n moment. De zeer concrete levenssituatie komt zo in beeld voor de gehele groep. We peilen naar de diepere gevoelsbetekenis van een typische situatie waarin men dronk en zo komen we terecht op dieperliggende patronen.

✓ Verder zijn er de ervaringsgerichte thematische sessies, met thema's die relevant zijn voor vrouwen met middelenmisbruik. In een volgend punt zullen we deze thema's nog expliciteren.
Een relatief belangrijke plaats geven we aan assertiviteitsoefeningen, zoals bv. nee leren zeggen, of opkomen voor jezelf. Vrouwen met drankproblemen hebben het immers, zoals we elders aanstipten, moeilijk om grenzen te trekken.

✓ In de niet-verbale sessies, zoals de muziektherapie, wordt dieper emotioneel materiaal aangeklikt, en in de creatieve therapiesessies worden communicatiestijlen zelfbeeld, enz, maar ook werkwaarden en vrijetijdsbesteding geëxploreerd.

✓ De sportsessies en de relaxatieoefeningen betekenen voor veel vrouwen een (her)ontdekking van hun lang verwaarloosd lichaam.

✓ Tenslotte vernoemen we een (beperkte) vorm van Sociotherapie: bepaalde verantwoordelijkheden worden in de groep verdeeld. Dit is uiteraard beperkt omdat de verblijfsduur beperkt is.

- ***Belangrijkste vrouwentypische thema's***

In gestructureerde groepssessies worden topics die relevant zijn in vrouwenlevens, met speciale nadruk op zaken waarmee vrouwen met verslavingsproblemen te

kampen hebben, op ervaringsgerichte wijze geëxploreerd. Wij doen hier een greep uit deze themata.

- ✓ Vrouwen en verslaving: typische patronen en samenhangen, maatschappelijk stigma, lichamelijke aspecten ...
- ✓ Vrouwelijke rolpatronen ('Godinnen in elke vrouw', 'Huisvrouw, een beroep met risico's, vrouwenscripts')
- ✓ Moeder-dochter relatie
- ✓ Woede
- ✓ Grenzen stellen en territorialiteit
- ✓ Assertiviteit
- ✓ Eenzaamheid, leegte ...
- ✓ Schuldgevoelens ..,
- ✓ Conflicten
- ✓ Sexualiteit
- ✓ Met kritiek omgaan
- ✓ Zelfwaardering
- ✓ Angst en depressie
- ✓ Ideaalbeelden
- ✓ Zelfzorg enz.

- *Houdingsaspecten van hulpverleners*

Ik doe veel beroep op de eigen therapeutische mogelijkheden van de groep, stimuleer heel sterk het delen met mekaar en het uitdrukken van hoe men mekaar beleeft: herkenning, feedback ...
Als therapeut zal ik in het werken met de groep in de eerste plaats de groepscultuur beïnvloeden. Bij vrouwen is dit bijvoorbeeld eerder confrontatie aanmoedigen; zij zorgen immers vanzelf uitstekend voor elkaar !

Maar er gaat ook een sterk sturende invloed uit van de concrete procedures, en van structuurelementen. Op dit laatste komen we in het volgende punt terug.

De interventies van therapeuten zijn dan in de eerste plaats gericht op : vergroten van het zelfwaardegevoel en het vergroten van de zelfredzaamheid, zonder echter na te laten van het zorgwekkende van de gevolgen van het misbruik te onderstrepen.
We blijven dus de volgende principes indachtig: het is maar als zij zich de moeite waard vindt, dat zij een destructiefgedrag zal willen verlaten., en, het is slechts als zij merkt dat ze door eigen inspanningen iets bereikt, dat zij er in gelooft dat het haar kan lukken nuchter te leven.
Ik kijk ook telkens met verwondering naar strategieën die cliënten zelf vinden, en van elkaar leren, om moeilijke momenten door te komen. Het is mijn taak aan hen te communiceren dat ze dat ook zelf kunnen vinden.

Het lijkt me dus belangrijk altijd te letten op hetgeen nog functioneert in de persoon. De energie om nieuwe wegen in te slaan halen we immers uit wat positief is. Ook in het gebruiksgedrag zelf kijken we naar de positieve levenstendens die er in steekt: het is hoe dan ook een manier om een levensprobleem op te lossen, maar één met negatieve gevolgen. Alcoholgebruik heeft een positieve signaalfunctie.

- *De factor structuur*

Begrenzing, leren omgaan met grenzen, is belangrijk bij vrouwen met verslavingsproblemen.
Hier is dan de 'structuur" belangrijk.

Dit betekent enerzijds de uiterlijke structuur, dit zijn de regels van de de verblijfseenheid, en van het programma. Daar botsen vrouwen voortdurend tegenaan, en dat is goed ook. Er zijn de eisen die worden gesteld, zoals de volledige abstinentieregel, de minimum verblijfsduur van 6 weken, de dagstructuur ...
Anderzijds is er de innerlijke structuur: men leert dagen plannen, organiseren, men leert grenzen stellen aan hetgeen men van zichzelf verwacht, én aan hetgeen anderen verwachten ...

- *De randprogramma's*

De dichtstbetrokken personen (partners of andere) worden uitgenodigd, om de 2 weken, naar een bijeenkomst in groep: hier kunnen ze hun eigen gevoelens van teleurstelling, angst, hoop, enz. delen met mekaar, en kunnen ze zoeken hoe zich op te stellen tegenover de partner.
Ze kunnen er ook terecht met al hun vragen over wat er nu zo allemaal gebeurt in de kliniek met hun familielid.

Er zijn groepsbijeenkomsten voor kinderen van verslaafden.

Er hebben ook relatiegesprekken plaats, waarbij onder meer de functie van alcohol als communicatiestrategie wordt uitgediept.

- *De voortgezette ambulante groep*

We beperken ons tot het vernoemen van enkele accenten die in deze 14-daagse ambulante groep gelegd worden.

  ✓ Wat de inhoud betreft: het afscheid van alcohol of pillen, die zolang als hulpmiddel ingeschakeld waren in het leven, duiden we als een rouwproces, met eigen typische kenmerken zoals aanvankelijke euforie, behoefte aan applaus, gevolgd door verdriet om wat verloren ging, en resten schuldgevoelens ...

✓ Belangrijk is het positiefbekrachtigen van elke 'overwinning", d.i. elke moeilijke situatie, een zgn. risicosituatie, die werd doorgegaan zonder hulp van het 'middel'.

✓ Wij zijn biezonder alert op tekens die er op wijzen dat men vanuit schuldgevoelens, niet alleen door het alcoholverleden, maar ook vanuit die typische 'vrouwen' opvoeding, alle verantwoordelijkheid op zich neemt van alles wat misgaat.

❷ Belangrijkste literatuur

- FINLAY K., BIRCHMORE D. & DOWSLING J., *A woman's group.* A Handbook. Toronto, Donwood Institute.

- MEULENBELT A. & WEVERS A., *Vrouwen en alcohol.* Amsterdam, Sara, (1994)

- MILLER W.R., Motivational interviewing with Problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy.* (1983), II, 147-172.

Diverse artikels uit de Anglosaxische vakliteratuur over het onderwerp, waaronder de belangrijkste auteurs: Edith GOMBERG, Linda BECKMAN, S.WILSNACK, O.WILSON, M.SCHUCKIT, L.WILDWIND ...

◎ VROUWEN EN MEDICATIEVERSLAVING

Lieve Jordens
CAD, Hasselt

❶ Inleiding

Deze tekst is enkel bedoeld als aanzet tot discussie. Mijn denkkader is vooral geïnspireerd door de systeemtheorie van de Interactieacademie. Mijn werkkader is het C.A.D, en de Toxangroepen. Cijfers geven een idee van de maatschappelijke kijk.
Ik vertel u wat me opvalt bij medicatieverslaafden, welke tips men in Toxan geeft om misbruik en verslaving te herkennen en te bespreken en waaraan ik aandacht besteed bij de behandeling.

• *Situering*

Het Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen is een ambulant centrum waar ieder die informatie, advies of hulp wenst voor zichzelf of voor iemand in zijn omgeving - terecht kan.
De hulpverlening gebeurt in hoofdzaak door middel van gesprekken, die in duur variëren van éénmalige tussenkomsten tot maanden - en soms ook langer - durende begeleidingen.
Naar vorm gaat het om individuele of om koppelbegeleiding, ouder- of gezinstherapie en groepstherapie.
Het C.A.D. heeft een jarenlange traditie van samenwerking met de Anonieme Alcoholisten. Medicatieverslaafden konden er niet terecht. In Antwerpen bestond een Toxangroep. Geïnspireerd door hun succes bij vooral ernstige verslaving op langere termijn werd er in 1982 gestart met een groep in Hasselt. Vandaag zijn er 3 groepen in Limburg.
Toxan richt zich tot mensen die de ernstige wil hebben om te stoppen met alle verslavende medicatie. De levensfilosofie van AA, vervat in de 12 stappen wordt in de groepen toegepast.
Kort samengevat betekent dit toegeven en aanvaarden dat men het probleem niet meer alleen kan oplossen; zichzelf leren kennen en aanvaarden met zijn zwakheden en gebreken; afrekenen met gevoelens van schuld, wrok, angst en schaamte waardoor men terug zelfvertrouwen krijgt en verantwoordelijkheden durft op te nemen; herstellen van sociale relaties voor zover dit mogelijk is; bestendigen van deze nieuw verworven levenshouding en doorgeven wat men gekregen heeft. Dit vereist inzet, nederigheid, en vooral eerlijkheid. De Hogere Macht - zoals elk die ziet - is hiertoe een hulp.

Bij de start adviseerde Dr. Ansoms de groep, gebruik los te koppelen van ziek-zijn, niet te veel te praten over (fysieke) ontwenning, voorzichtig te zijn met adviezen hierover en tijdig deskundige hulp van buitenaf te vragen. Hij stelde dat ontwenning van pillen tamelijk lang duurt, meestal moeilijk en onvoorspelbaar verloopt; zich tijdens deze fase niet goed voelen is normaal. Deze adviezen bleken in de praktijk zeer nuttig.
Mijn functie binnen de groepen is vooral organisatorisch ondersteunend. Ik ben soms aanwezig op de wekelijkse vergaderingen.

- ***Enkele cijfers***

Pillen zijn, na alcohol, de belangrijkste verslavingsoorzaak in onze samenleving.
België scoort hoog in het gebruik van pijnstillers, slaap- en kalmeermiddelen.
Kijkend naar de cijfers van het C.A.D.-jaarverslag in 1994 vinden we totaal andere verhoudingen : 57,5 % (271) meldt zich wegens gebruik, misbruik of verslaving aan illegale drugs.
Hasj (17,3 %) scoort het hoogst, gevolgd door stimulerende middelen speed, XTC (7,4 %), cocaïne (5,8 %). 40,6 % meldt zich wegens problemen met alchohol en 17,6 % met medicatie.
Van deze 17,6 % is er slechts 5,8 % met alleen medicatiegebruik.
Er is in stijgende mate sprake van gecombineerd gebruik, hier zien we medicatie (vooral sederend en pijnstillend) in 14 % van de aanmeldingen als dominant gebruik en bij 44,9 % als bijgebruik bij illegale drugs.
In de regionale kantoren noteren we grote verschillen per vestigingsplaats.
De straathoekwerkers richten zich naar illegale druggebruikers en maatschappelijk kwetsbare jongeren. Zij noteerden op 126 dossiers 64,9 % die ooit medicatie gebruikten - los van ziekte en 26,7 % die op het ogenblik van registratie de medicatie "hard" gebruikt.
De cijfers van de aanmeldingen lijken me een weerspiegeling van de maatschappelijke kijk op verslaving en van de bekendheid van ons centrum. Gebruik van illegale drugs wordt geassocieerd met verslaving en (verplichte) hulpverlening. Voor heroïnegebruikers biedt hulpverlening mogelijkheden om op een eenvoudige wijze aan medicatie te komen. Een jaar contact met de hulpverlening geldt als voorwaarde voor het methadonprogramma dat nu in ontwikkeling is, een verschuiving van illegaal naar legaal gebruik?
De term 'langdurig verslaafd' heeft verschillende betekenissen naargelang het gebruikte middel.
Op medicatie in combinatie met illegale drugs ga ik verder niet in.

- ***Wat valt me op bij medicatieverslaving***

✓ De mensen die op het C.A.D. of in de Toxangroep komen zijn al jaren verslaafd, de meesten hebben een of meerdere opnamen achter de rug.

✓ De diagnose 'verslaving' wordt laattijdig of niet gesteld, mensen worden jaren behandeld voor bijvoorbeeld 'depressie'. De grenzen van verslaving zijn minder duidelijk.

✓ De medicatieverslaafde wordt door de omgeving en door zichzelf bekeken als 'zwak', 'ziek' en 'tot weinig in staat'. Het etiket 'ziek' heeft hier een totaal andere betekenis dan de 'ziekte' van het alcoholisme. De 'zieke' alcoholist wordt immers geacht te stoppen met drinken om de ziekte te stabiliseren.

✓ De medicatieverslaafde is te vergelijken met de thuisdrinker. Het is een geïsoleerd en stiekem, moeilijk te ontdekken gebruik. Anderen zijn te vergelijken met de illegale druggebruiker : altijd op zoek naar zijn drug bij dokter en apotheker.

✓ De bereikbaarheid, het contact leggen met een gebruiker is moeilijker. Het dempen van emoties geeft onverschilligheid.

✓ Bijverschijnselen en ontwenningsverschijnselen als angst, onrust, prikkelbaarheid, (spier)pijnen, prikkelend gevoel in armen en benen, gebrek aan concentratie, geheugenstoornissen worden niet als dusdanig herkend. Het zijn klachten die aanleiding geven tot het voorschrijven van kalmeerpillen. De klachten worden toegeschreven aan de persoon, die nog zwak en ziek is, en niet aan de ontwenning van medicatie.

✓ Verslaving aan pijnstillers heeft een eigen dynamiek; zij worden genomen omwille van hun opwekkend effekt. De gebruikers voelen zich fit, kunnen hun werk beter aan; ze beginnen de dag met één of meerdere pillen. Hoofdpijntabletten geven specifieke 'verslavingshoofdpijn'.

✓ Combinatie van alcohol en medicatie of van verschillende soorten medicatie kan bijzondere of onverwachte effecten geven, ook bij lage dosis.

- ***Herkennen van misbruik en verslaving***

Indien een vrouw er elk gesprek als een zombie bij zit, nauwelijks reageert, traag of met een dubbele tong praat, niet in staat is tot enige activiteit, het grootste gedeelte van de dag slaapt, dan is er zeker sprake van misbruik. In andere gevallen is het veel minder duidelijk.
De Toxangroep gebruikt een vragenlijst voor kandidaatleden.
Deze kan gehanteerd worden voor besprekingen rond het gebruik.
Bij het scoren van drie of meer punten is er sprake van afhankelijkheid.

Hier volgt een weergave van de gebruikte vragenlijst:

Indien je :

- ✓ niet op eigen kracht kan stoppen
- ✓ een bepaalde hoeveelheid van je middel nodig hebt om je goed te voelen
- ✓ bij een bepaalde belasting van lichamelijke geestelijke of sociale aard naar je middel verlangt
- ✓ van anderen hoort dat je karakter veranderd is
- ✓ méér neemt dan voorgeschreven is
- ✓ meerdere artsen tegelijk bezoekt
- ✓ jezelf en/of je omgeving schade berokkent
- ✓ relaties met je medemensen verstoord zijn
- ✓ voorschriften vervalst of de omgeving inschakelt om ze te bekomen
- ✓ de arts of apotheker beliegt om je middel te bekomen
- ✓ van je dokter, zenuwarts of internist... te horen krijgt dat je afhankelijk (geworden) bent
- ✓ zoveel slaap-, kalmeermiddelen of pijnstillers neemt dat je lalt, wankelt of valt
- ✓ je soms niet meer herinnert wat er gebeurd is, zinloze telefoongesprekken voert,...
- ✓ deze middelen als opkikker nodig hebt of als de vroegere kalmerende werking plots omslaat in een opwekkende werking
- ✓ agressief wordt als je geen pillen meer hebt
- ✓ voortdurend bedenkt hoe je aan pillen kan geraken
- ✓ beeft, stemmen hoort, in de war bent, epileptische aanvallen hebt wanneer je enige dagen geen pillen hebt
- ✓ bemerkt dat pillen belangrijker zijn dan andere dingen
- ✓ jezelf over je gebruik beliegt
- ✓ verschillende middelen door elkaar gebruikt
- ✓ na inname van een kleine dosis behoefte hebt aan meer
- ✓ anderen over je gebruik beliegt of hen vraagt te zwijgen
- ✓ medicatie vraagt aan familie, buren, vrienden
- ✓ vroeger teveel alcohol of drugs gebruikte en nu regelmatig slaap-, kalmeermiddelen of pijnstillers nodig hebt
- ✓ van huisarts veranderde omdat de vorige voorschriften weigerde
- ✓ pijnstillers gebruikt ook zonder pijn te hebben
- ✓ vermageringspillen neemt om beter te kunnen werken, minder te moeten slapen, je beter te voelen
- ✓ na inname van vermageringspillen hallucinaties krijgt of vervolgingswaan

- *De behandeling*

✓ Op ons centrum is verslaving de vanzelfsprekende invalshoek. Het is een kunst de totale mens in zijn milieu te blijven zien.

✓ Fysieke ontwenning van medicatie is een medisch-technische zaak, een opname is dikwijls nodig omwille van de risico's en de moeilijkheidsgraad, die onderschat wordt. De ervaring leert dat de keuze van arts en kliniek van belang is gezien de medische reflex op ongemakken.

✓ De fysieke ontwenning van kalmeermiddelen is van lange duur (2 à 6 weken).

✓ In Toxan zien we dat verslaafden aan kalmeermiddelen gedurende maanden specifieke klachten vertonen waardoor ze totaal in beslag genomen worden. Het klachtenpatroon vertoont pieken: de persoon voelt zich periodisch subjectief gezien slechter, het aantal klachten is objectief gezien lager. Informatie hierover aan de persoon en de omgeving geeft veiligheid en steun. De laatste pil is meestal de moeilijkste.

✓ Verslaving kan vele ontstaansgronden hebben, toevallig na een operatie, uit gewoonte in het gezin of samenhangend met moeilijkheden.
Na de ontwenning komen onverwerkte trauma's en de vroegere problemen terug boven, bijvoorbeeld verwerking van verlies en verdriet.
Steun en/of psychotherapeutische hulp is dikwijls nodig.
Leren leven zonder verslavende medicatie is in elk geval een opgave.

✓ Van Toxanleden hoor ik dat ze:

- in de groep vrienden vinden die begrijpen dat verslaving sterker is dan jezelf.

- zelden praten over hun probleem buiten de groep steun krijgen en geven als waardevol aanvoelen waardoor ze fier zijn iets te betekenen voor een ander.

- de groep ervaren als de enige manier om overeind te blijven en uit het psychiatrisch ziekenhuis weg te blijven.

- vooral anders leren kijken naar problemen waardoor de kans op herval lager is.

✓ In Toxan zie ik : - ik citeer hier een stukje uit mijn tekst ter gelegenheid van het l0-jarig bestaan van de groep - mensen met enorme wilskracht en doorzettingsvermogen, mensen die in elkaar geloven, mensen die weer

rechtop gaan zitten, die weer levendige en actieve ogen krijgen, mensen wiens zintuigen weer werken; die letterlijk weer horen, zien, ruiken en voelen; mensen die weer kunnen denken, zich bewust worden van zichzelf.
Deze mensen zeggen mij: "er wordt veel te weinig aandacht gegeven aan medicatieverslaving".

◎ WORKSHOP : VROUWEN EN MEDICATIEVERSLAVING

❶ Verslaafd ?

Er is geen enkele goede reden voor chronisch gebruik van slaap- en kalmeermiddelen. Uiteindelijk is verslaving de enige motor die het gebruik in gang houdt.

Hoe redeneren "tevreden" chronische gebruikers van benzo's om hun gebruik te rechtvaardigen? (1)

- *lichamelijk-medische redeneerpatronen :*

  - ✓ de vrouw herleidt zichzelf en haar situatie tot een lichamelijke klacht: ze is de klacht;
  - ✓ ze gelooft in een medische diagnose en een middel tot genezing;
  - ✓ de arts (maar ook de homeopaat, psychoptherapeut,..) helpt en is verantwoordelijk.

- *autonoom redeneerpatroon :*

  - ✓ ze stelt zich minder afhankelijk op van de gezondheidszorg en legt de verantwoordelijkheid voor het gebruik meer bij zichzelf dan bij de arts;
  - ✓ ze ervaart het gebruik als nodig in de sfeer van een noodzakelijke persoonlijke keuze (cfr. recht op zelfbeschikking in de discussie rond euthanasie ...).

- *omstandigheden redeneerpatroon :*

  - ✓ ze is slachtoffer van externe omstandigheden die onaanvaardbaar zijn;
  - ✓ zij ziet een oorzaak-en-gevolg (gebruik medicatie) structuur waarbij de oorzaken steeds buiten de persoon liggen;
  - ✓ klaagsters.

Conclusie van dit Nijmeegs onderzoek : er is een ambiguïteit :

- ✓ overlevingsstrategie : geen ander alternatief
- ✓ ontevreden over aspect afhankelijkheid.

❷ Verslaving aan slaap- en kalmeermiddelen: legaal en op voorschrift

- *Oorsprong benzodiazepine-gebruik (2)*

BRON	PERCENTAGE
Eerste voorschrift door huisarts	73,0 %
Eerste voorschrift door alg. specialist	9.7 %
Eerste voorschrift door psychiater	1.6 %
Eerste gebruik n.a.v. hospitalisatie	0.8 %
Eerste pillen geleverd door familie/vrienden	1.6 %

- *Interventie onderzoek bij 60 huisartsen (3)*

✓ registratie gebruik en reden voorschrift;
✓ uitgebreide interventie: 3 extra consultaties;
✓ beperkte interventie: brochure.

- *Preventie-campagnes ?*

❸ Therapie

- *Waar ?*

✓ Zelfhulpgroepen :
  - herkenning - erkenning - identificatie;
  - steun en controle bij ontwenning;
  - zoeken van alternatieven,

✓ Ambulante therapie

✓ Residentiële therapie :
  - ten alle prijze te vermijden? Noodzakelijk kwaad?
  - noodzakelijk voor lichamelijke ontwenning bij zware verslaving.
  - ontwenning en therapie zijn onafscheidelijk verbonden.
  - asielfunctie van de residentie: gedwongen behandeling?

- *Inhoud therapie ?*

(individueel en/of groep)
(ambulant en of residentieel)

✓ Eerste fase

- *informatie rond produkt/werking/bijwerkingen;*
- *"levensverhaal" van de gebruikster;*
- *probleemomschrijving;*
- *voor- en nadelen van gebruik voor de vrouw;*
- *voor- en nadelen van gebruik voor de omgeving.*

✓ Tweede fase

Onderzoek levensstijl (inventarisatie aan gebruik gerelateerde problemen):

° woning
° inkomen

- *lichamelijke gezondheid:*
  ° lichaamsbeweging
  ° voeding
  ° slaaphygiëne
  ° roken
  ° ...
- *goede tijdsbesteding :*
  ° lege tijd ?
  ° overvol ?
- *voldoende aangename contacten :*
- *uitzicht hebben :*

"Bij elke verslaafde is er een droom die je weer wakker moet maken!"

Onderzoek van het gebruik op zich:

- welke stimuli (situaties)
- welke gevoelens (psychisch, lichamelijk)
- welke opvattingen rond gebruik (geneesmiddel, geloof, zelfbeschikkingsrecht, gevolg,..)

✓ Derde fase

- *alternatieven voor gebruik (relaxatie, rituelen,..)*
- *hoe de verantwoordelijkheid voor de eigen toekomst, binnen eigen milieu weer opnemen (assertiviteit ...)*

---

(1) Mieke Haarselhorst. Vrouwen en benzodiazepines
(2) Bron : Project Farmaka. Steekproef Oost-Vlaanderen
(3) Voor meer informatie :
Slaap- en kalmeermiddelen
Project Farmaka - J. Vervaenstraat 14 - 9050 GENT
Tel. 09/230.03.03 - Fax. 09/231.76.17

◎ AMBULANTE HULPVERLENING AAN HARDDRUGSVERSLAAFDE VROUWEN

Riet Schelles
Dagcentrum "De Sleutel", Antwerpen

Bij de vraag naar informatie over vrouwen/verslaving/ambulante hulpverlening in het kader van vrouwgerichte verslavingzorg, ben ik eerst zelf op zoek moeten gaan. Gegevens uit de lopende begeleidingen in het dagcentrum 'De Sleutel' in Antwerpen en uit opzoekwerk in de recente literatuur, brachten mij tot een reeks bevindingen.

Van de huidige 157 cliënten van het dagcentrum zijn er slechts 28 vrouwen. Vanuit de literatuur en de praktijk zijn hier verscheidene verklaringen voor te geven waar we verder in deze tekst op terug komen.

- ***Als we kijken naar het verleden van deze vrouwen***

In de ASI (Addiction Severity Index : standaardvragenlijst) gebruikt men de vraag : "Zijn er gebeurtenissen in het verleden waarmee je het **nu nog** moeilijk hebt ?"
Eén iemand omschrijft haar jeugd als goed. De meesten vermelden last van een verslavingsgedrag bij ouders, of (sexueel) geweld binnen of buiten de familie, of melden een niet verwerkt verlies door dood of scheiding van (één van) de ouders. De meesten hebben het gevoel dat hun jeugd toch zwaar belast werd door de vorige redenen.

- ***Kijken we naar het heden, dan zien we het volgende***

  - ✓ Meestal polydruggebruik : heroïne, cocaïne, medicatie
  - ✓ Een lange verslavingsgeschiedenis : tussen de 5 en 25 jaar (buiten 2 experimenterende jonge meisjes)
  - ✓ De zorg voor eigen kinderen gebeurt meestal door anderen (grootouders, instelling...)
  - ✓ Druggebruikende partners dikwijls samengaand met agressie, prostitutie, kinderen geplaatst
  - ✓ Verlies van partners en vrienden door overlijden ((on)rechtstreeks door druggebruik)
  - ✓ Weinig contact nog met de eigen familie/sociaal isolement
  - ✓ Laaggeschoold
  - ✓ Lichaam ondermijnd
  - ✓ Geweldtrauma's (geweld en sexueel geweld) van het verleden herhalen zich in relaties/milieu/prostitutie
  - ✓ Weinigen hebben iets te maken met justitie (verschillend met mannen omdat deze meer vermogensdelicten plegen)
  - ✓ Omschrijven zichzelf als depressief

- ***Kijkend naar de toekomst***

  ✓ Weinig perspectieven
  Zelfs veel nadelen van stoppen met gebruik na verlies druggebruikende partner, inkomen (prostitutie)...
  ✓ Lage scholing
  ✓ Het gevoel dat de contacten met de familie moeilijk te herstellen zijn
  ✓ Laag zelfwaardegevoel (omwille van verleden en de leefsituatie in het heden)
  ✓ Vanuit het vorige dan ook weinig gevoel van competentie om het eigen leven te kunnen veranderen
  ✓ Ook naar eigen kinderen toe een gevoel van mislukking, blijven de opvoeding soms uit handen geven

- ***Ook in de literatuur zien we dezelfde items terugkomen***

Vrouwen blijven soms veel langer buiten de hulpverlening doordat zijn hun gebruik en soms ook het gebruik van de partner bekostigen door prostitutie. Dikwijls gebruiken zij daarenboven om dit werk verder te kunnen doen. Dit maakt dat de stap naar de hulpverlening om af te bouwen hen in een zeer onzekere financiële situatie brengt. Veel mannen komen onder gerechterlijke druk te staan om een ontwenning te volgen/in therapie te gaan omdat zij anderen 'last berokkenen' door het plegen van vermogensdelicten, van een overval met geweld... Voor vrouwen bestaat deze externe druk meestal niet. Zij moeten vanuit zichzelf deze soms al te grote stap zetten en komen er niet toe. De afhankelijkheid van de druggebruikende partner, waarvoor dan weer financieel gezorgd moet worden, maakt dat de druk tegen ontwenning erg groot kan zijn.

Vrouwen rapporteren minder 'self esteem' en 'family support' dan mannelijke verslaafden. Zij rapporteren dan weer meer 'self blame' en 'parental blame'. Er is veel minder contact met de familie, dus ook veel minder ondersteuning. Soms is het tot een scheiding gekomen tussen de verslaafde vrouw en familie, soms is er te veel schaamte om met de familie te blijven omgaan...

De afhankelijkheid van de partner, het milieu, het middel, tegelijkertijd met de ontbrekende familiale ondersteuning of het gevoel dat deze er niet is, zorgt er mee voor dat de nood aan het middel groot blijft en het zicht op uitkomst door hulpverlening erg klein. Naar de hulpverlening toe stappen staat dan voor het zich storten in de eenzaamheid. Dikwijls merkt men dan ook dat verslaafde vrouwen depressief zijn en hiervoor medicatie zoeken.

Vrouwen met kinderen zullen dan weer niet naar de hulpverlening stappen uit schrik dat anderen gaan meekijken naar de levensomstandigheden en zullen ingrijpen.

Verslaafde vrouwen vinden zichzelf dikwijls geen goede moeder en hebben schrik dat hun kinderen gaan geplaatst worden. Als de verslaving dan toch verder escaleert en er een tussenkomst is door de jeugdrechtbank of het CBJ valt de voornaamste motivatie weg om zich enigszins staande te houden.

Als verslaafde vrouwen dan toch in de hulpverlening stappen; dan blijkt dat het voor de hulpverlener vaak heel moeilijk is om met hen te werken. De hiervoor beschreven last die de vrouwen ondervinden zorgde er mee voor dat zij als overlevingsstrategie een soort gedrag ontwikkelden waarmee de hulpverlener zich dikwijls persoonlijk zou kunnen aangevallen of bedrogen voelen. Zij lijken dikwijls niet gemotiveerd te zijn voor behandeling. Ze zijn dan ook vaak nog niet aan therapie toe. Hier is dan prétherapie aan de orde. Het is belangrijk om regelmatig afstand te nemen van dit soort begeleidingen en te kijken waar de cliënt aan toe is en wat nog niet kan verwacht worden.

We zien in de **ambulante hulpverlening** slechts het topje van de ijsberg. Het lijkt wel of er veel minder gebruikende vrouwen zijn dan mannen. In de begeleidingen zien we echter dat vrouwen omwille van diverse redenen veel langer wachten om hulp te zoeken. Hulp vragen is trouwens een kunde waar al een minimum zelfwaardegevoel voor nodig is. Men moet op zijn minst het idee hebben dat men de moeite waard is om geholpen te worden en dat men zelf ook over enige capaciteiten beschikt. Dit is dan ook een belangrijk eerste werk : het 'motiverend werken'. Op zeer laagdrempelig niveau kan er gewerkt worden aan motivaties/redenen om verandering te brengen in het omgaan met het middel en het omgaan met de omgeving. Iedereen heeft het nodig om naar een geloofwaardig toekomstbeeld toe te werken en dit kan je enkel als je het gevoel hebt dat je wat vat op het leven krijgt. Dit om maar te zeggen dat er veel werk te verrichten is voor iemand in staat is hulp te vragen voor zijn verslaving.

- ***Front line intervention***

Uit het vorige kan men besluiten dat **eerstelijnswerk** erg belangrijk is. Hier kan men de verslavingsproblematiek vroegtijdig ontdekken zonder dat er rechtstreeks aan gewerkt moet worden. 'Kind en Gezin'-medewerkers, de huisdokter, de sociaal assistente van het OCMW, medewerkers van de mutualiteit zijn belangrijke personen om 'motiverend te werken'. Het kan helpen door op andere vlakken dan het gebruik wat eigenwaardegevoel bij te brengen, vaardigheden aan te leren op heel kleine gebieden, mogelijkheden te scheppen en daardoor de interne motivatie om misschien ook iets met de verslavingsproblemen te laten groeien. Dit blijkt moeilijk en tijdrovend te zijn. Dus moeten waarschijnlijk eerst de werkers gemotiveerd worden om dit soort werk te doen en moeten ze de hiervoor bruikbare technieken aangeleerd krijgen.

- **Straathoekwerk als belangrijke tussenschakel**

Het straathoekwerk kan meer gemarginaliseerde verslaafde vrouwen begeleiden naar de eerstelijnsdiensten. Het blijkt dikwijls genoeg nodig om cliënten wegwijs te maken in het goed gebruik van deze diensten. Een dak, wat degelijk eten, een inkomen, een TV zijn op dit moment veel belangrijker dan een therapeutisch gesprek.
Straathoekwerkers kunnen hun cliënten leren hun realiteit te bekijken op een manier waarbij ze het gevoel krijgen er nog iets mee te kunnen doen. Pas in een veel later stadium kan naar verslavingszorg verwezen worden.

In de ambulante hulpverlening is werken met verslaafde vrouwen een onderbelicht studieterrein. Om vrouwgerichter te werken, lees meer kwaliteit te kunnen bieden, zou verder onderzoek steunend kunnen zijn.

◎ HARDDRUGSVERSLAAFDE VROUWEN IN DE THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP : SPECIFIEKE PROBLEMEN EN HUN AANPAK

Johanna Martens
De Spiegel, Brussel

❶ Inleiding

In de therapeutische gemeenschap "De Spiegel" te Brussel, waar ik werkzaam ben, gaat het vooral om harddrugverslaafde jongvolwassenen . Een vijftiental patiënten, die wij "bewoners" noemen, worden er begeleid door een tiental stafleden. Het residentieel behandelingspakket duurt ongeveer één jaar en wordt opgevolgd door een zes maand durende ambulante nazorg.
Het therapeutisch programma wordt opgedeeld in modules van ongeveer 3 maanden die afzonderlijk of samen kunnen opgenomen worden. Er wordt gewerkt volgens het internationaal gekende model van de "hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschappen." Voor een goede beschrijving van dit behandelingsmodel verwijs ik graag naar recente publikaties (1,2).

Binnen de therapeutische gemeenschapppen is er duidelijk een minderheid aan vrouwelijke bewoners. Het Vlaamse Informatiesysteem Drugvrije Centra rapporteert dat één cliënt op vijf een vrouw was gedurende de jaren 1988-1994 (3).

Een verklaring hiervoor kan gevonden worden vanuit verschillende invalshoeken.
Vooreerst is er de produktkeuze. Vrouwen zoeken vaker hun toevlucht in alcohol of medicatiegebruik dan in harddrugs. Alcohol en medicatie zijn immers makkelijker te verkrijgen en harddruggebruik situeert zich in een totaal andere subcultuur die verbonden wordt met stoerheid en criminaliteit (het zijn tenslotte illegale drugs!).
Verder is er de factor moederschap. Voor vrouwen met kinderen is een langere opname niet haalbaar tenzij de kinderen bij eigen familie of in een pleeggezin kunnen ondergebracht worden. De meeste moeders, die in De Spiegel opgenomen worden, verloren reeds het hoederecht over hun kinderen en beginnen pas terug hun bezoekrecht uit te voeren of op te eisen in het kader van hun therapie. In de Emiliehoeve in Nederland kunnen verslaafde vrouwen samen met hun kinderen opgenomen worden. Dit komt alvast de moeders maar ook hun kinderen ten goede.

Een volgende factor is te vinden in het drugmilieu zelf, vrouwen kunnen zich in dit milieu meestal langer handhaven dan de mannen. Voor hun bevoorrading kunnen ze terugvallen op een partner-dealer of op prostitutie.
Om het nodige geld bijeen te krijgen is prostitutie trouwens een veiliger manier dan diefstal of inbraak.
Ook het gerecht doet zijn bijdrage met zijn traditionele, "mangerichte" houding.

Er bestaat enerzijds een grotere tolerantie t.a.v. prostitutie dan t.a.v. inbraak en anderzijds krijgen de vrouwen voor dezelfde strafbare feiten meestal een lichtere straf toegewezen dan de mannen. Komt daarbij nog dat de vrouwen door hun "stoere" partners ook vaak "gedekt" worden t.a.v. het gerecht. De man gaat de gevangenis in en de vrouw blijft hem bezoeken en bevoorraden met drugs. Er is dus minder externe druk die de vrouwen dwingt tot behandeling. Een opname gebeurt dan meestal pas na het verlies van hun partner door verlating, gevangenschap of overdosis.
Tenslotte is er ook een oorzaak te vinden in de drugvrije therapeutische gemeenschappen zelf. Binnen deze behandelingscentra heerste er tot voor kort een zeer "mannelijke" subcultuur gekenmerkt door een strenge confronterende aanpak, hard werken en veel sport. De vrouwen hebben het meestal moeilijk om zich binnen een dergelijke mannengroep te handhaven.

❷ Problematiek

- ***Het zijn karaktergestoorde vrouwen***

De meeste vrouwen die in een therapeutische gemeenschap opgenomen worden, zijn niet neurotisch of psychotisch maar karaktergestoord.

Dit betekent dat er op gedragsvlak heel wat acting-out te zien is. Zij misbruiken drugs, plegen geweld, vluchten, zonderen zich af enz. Reeds in de periode voor de verslaving was er allerlei vermijdingsgedrag aanwezig. Zij durven immers niet rechtstreeks om hulp vragen en proberen te manipuleren om zo de situatie onder controle te krijgen. Hun gedrag is gericht op onmiddellijke behoeftebevrediging, zonder oog te hebben voor de eventuele schadelijke gevolgen op korte of lange termijn. Zij zijn meestal niet in staat langdurige intieme relaties te onderhouden en sex wordt vaak aangewend in een manipulerende context.
Op emotioneel vlak kan er gesteld worden dat zij geen contact hebben met hun emoties die zij als het ware "bevriezen". Zij voelen hoogstens een vage spanning die zij dan "afreageren". De emotie die zij vooral pogen te vermijden is pijn nl. de pijn van de verwerping door de anderen.
Deze emoties houden verband met hetgeen zij denken over zichzelf en de wereld. Op cognitief vlak is er immers een zeer negatief zelfbeeld. In het Engels spreekt men van een "failure identity". Zij denken dat zij gedoemd zijn om te mislukken en hebben geen enkel vertrouwen in de toekomst en de medemensen vanwege de dreigende verwerping. Dit blijkt allemaal neer te komen op een basisattitude van "geen recht te hebben om" te bestaan.

Psychodynamisch gezien zouden deze problemen te begrijpen zijn vanuit een stoornis in de vroege relatie met de verzorger waardoor het kind het gevoel kan krijgen niet gewenst te zijn, het idee kan krijgen geen recht te hebben te bestaan en gedoemd te zijn om te mislukken. Het kind voelt zich hierbij schuldig.

Deze negatieve interiorisatie bemoeilijkt de separatie, d.w.z. het kind blijft emotioneel afhankelijk van de verzorger.
Vaak zijn er in de gezinssituatie ookweinig of inconsequente grenzen gesteld, met als gevolg een slechte ontwikkeling van het geweten.
Dit alles leidt tot een moeilijk zelfstandig worden in de adolescentie waarbij drugs schijnbaar kunnen helpen. De drugs verschaffen immers steun en affectie op commando en dempen het schuldgevoel. Door haar levensstijl lijkt de jonge verslaafde los te komen van thuis en de ellende die zij meemaakt past bij haar negatief zelfbeeld. (1).

- *Er zijn vaak specifieke trauma's*

In de voorgeschiedenis van vrouwelijke maar ook mannelijke verslaafden is er vaak sprake van verlies van ouders of grootouders die een belangrijke rol gespeeld hebben in de opvoeding.
Het valt op dat er heel wat karaktergestoorde verslaafden opgevoed zijn geweest door verwennende grootouders die dan overleden tijdens de puberteit van deze jongeren. De opvoeding werd op dat ogenblik opgenomen door de biologische ouders die dan moeite hadden om de nodige grenzen te trekken voor hun rouwende kinderen.
Daarnaast is er bij de vrouwen heel vaak sprake van incest of sexueel geweld tijdens de jeugd en/of de gebruikersperiode. Zoals eerder vermeld is prostitutie tijdens de gebruikersperiode de meest voor de hand liggende bron van inkomen. Hun sexualiteit is dus duidelijk getraumatiseerd.

- *Er ontwikkelen zich typische overlevingsstrategieën*

Bij de vrouwen die zich in de therapeutische gemeenschap laten opnemen doen er zich typische omgangsstijlen voor die zeer functioneel waren in het gebruikersmilieu. Ook binnen de therapeutische gemeenschap blijven de vrouwen deze overlevingsstrategiëen in eerste instantie handhaven en zal het heel wat tijd en vertrouwen vergen voor zij dit imago zullen durven vaarwel zeggen.
De stoere verwerpende omgangstijl van de zogenaamde "macha's" staat sterk in contrast met de onderdanige, weinig zichzelf respecterende "deurmatstijl" van andere vrouwelijke bewoonsters. Dan is er de "hoer" die zich probeert te handhaven door met alle mannen te flirten. Tenslotte is er ook de "pooier"-strategie die erin bestaat dat de vrouw een apart contact probeert uit te bouwen met de informeel sterkste man uit de leefgroep die deze vrouw dan moet beschermen t.a.v. de overige mannen.

- *Psychologische problemen*

De psychologische problemen van de harddrugsverslaafde vrouw worden gevoed door een driedubbel negatief zelfbeeld nl. als vrouw, als verslaafde en als karaktergestoorde persoon. De draagwijdte van deze zelfbeelden werden hierboven en in voorafgaande lezingen van deze studiedag reeds toegelicht.
Concreet gezien komt het er o.a. op neer dat zij weinig status durven verwerven en moeite hebben met positieve feedback.

Op lichamelijk vlak uit zich dit in het verwaarlozen van hun eigen lijf. Er moet hen bijgebracht worden hun lichaam beter te verzorgen, beroep te doen op een tandarts, huisarts en gyneacoloog. Gestoorde eetpatronen komen veelvuldig voor. Er is neiging tot het eten van zoet, overdadig eten of anorexie. Zij hebben het meestal moeilijk met sexuele contacten en sexloze intimiteit.
Op emotioneel gebied is er, nog meer dan bij niet verslaafde vrouwen, duidelijk een probleem bij het constructief uiten van woede. Deze vrouwen hebben dan ook veel moeite met het trekken van grenzen en het opkomen voor zichzelf.

❸ Aanpak van de problemen

Onze vrouwvriendelijke aanpak in de therapeutische gemeenschap volgt een dubbel spoor. Enerzijds worden er inhoudelijke accenten gelegd bij de persoonlijke behandelstrategie van de vrouwen en anderzijds wordt er ook structureel ingegrepen om de mannelijke subcultuur wat te doorbreken.

Zowel tijdens de opvoedkundige activiteiten als tijdens de psychotherapeutische groepen worden de vrouwen aangemoedigd om : hun lichaam goed te verzorgen, hun imago te laten vallen, positieve feedback toe te laten, status te verwerven, hun woede rechtstreeks te uiten, grenzen te trekken en op te komen voor zichzelf.
Het bezoek aan een arts en gynaecoloog wordt aangeraden en ondersteund. Hun eetgedrag wordt goed in de gaten gehouden en indien nodig worden zij geconfronteerd op zoet-eten, weg-eten van emoties of anorectische neigingen.
Traumatische of andere persoonlijke ervaringen kunnen op een veilige manier "onder vrouwen" uitgewisseld en besproken worden tijdens de vrouwengroepen. En met sexloze intimiteit kan er geoefend worden tijdens de bondingpsychotherapie.

Structureel wordt ervoor gezorgd dat nieuwe bewoonsters een staf- en bewonersmeter krijgen bij wie zij terecht kunnen.
Tijdens de wekelijkse vrouwen- en mannengroepen komen specifieke sexgebonden onderwerpen aan bod. Voor de vrouwengroepen wordt er gebruik gemaakt van technieken uit de FORT-groepen nl. rondjes "goed en nieuw", "wrevels", "pluimpjes" enz. (4)
Sedert begin 1995 worden er ook maandelijks vrouwendagen georganiseerd voor alle vrouwelijke bewoonsters van de vier therapeutisch gemeenschappen voor

drugverslaafden in Vlaanderen. Elke instelling fungeert om de beurt als gastvrouw. Het dagprogramma wordt vooraf bepaald door de bewoonsters zelf, zodat dit zoveel mogelijk beantwoordt aan hun actuele noden. Tijdens die dag wordt er rond een bepaald thema gepraat, maar worden er ook activiteiten georganiseerd. Thema's die reeds aan bod kwamen, waren : hoe opkomen voor onszelf, ons lijf verwennen, hobbies en vrije tijd, moederschap, gezonde voeding, verliefdheid binnen de therapeutische gemeenschap enz. De bedoeling is dat er tussen de vrouwen van de diverse instellingen een solidaire band ontstaat die hen steunt i.f.v. hun eigen therapeutisch programma. Oudere bewoonsters kunnen op deze manier model staan voor de jongere.

Parallel met deze vrouwendagen op patiëntenniveau wordt er sedert 1995 op stafniveau eveneens tweemaal per jaar een vrouwendag georganiseerd. Tijdens deze dagen worden er ervaringen uitgewisseld i.v.m. het vrouwvriendelijk werken en wordt er eveneens bijscholing aangeboden d.m.v. gastspreeksters.

❹ Bibliografie

1. KOOYMAN M., (1993). *The therapeutic community for addicts.* Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

2. MARTENS J., (1995). Behandeling van drugverslaafden. Eerst grenzen, pas daarna experiëntiële gesprekstherapie. In: LIETAER G. en VAN KALMTHOUT M. (red.).
Praktijkboek gesprekstherapie psychopathologie en experiëntiële procesbevordering (p.287-298) Utrecht: De Tijdstroom.

3. NOELS B. en WYDOODT J.P. (1996). *Alcohol, illegale drugs en medicatie. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen.* Brussel: VAD .

4. WYCKHOFF H., (1979). *Vrouwenpraatgroep. Feministische oefengroepen radicale therapie.* Amsterdam: Bert Bakker.



Deelnemers

naam / voornaam	werk	adres	postn	plaats	telefoonnum
Baeck Inge	AZ STuivenberg	Lange beeldeksstraat 270	2060	Antwerpen	03/2177735
Baeck Ria		Leuvensesteenweg 308	3200	Aarschot	016/571890
Baele Lieve	PC St Jan de Deo	Fratersplein 9	9000	Gent	09/2258296
Beun Jhony	Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart	Poperingseweg 16	8900	Ieper	059/219596
Bommaren	Neuro psych Kl St Jozef	Boterstraat 6	8740	Pittem	
Bossaerts Lie	De Stobbe	J. De Geyterstraat 57	2020	Antwerpen	03/2373334
Bouten Aline	Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart	Poperingseweg 16	8900	Ieper	059/219596
Bouwens Hildegarde	PC Broeders Alexianen	Provinciesteenwag 408	2530	Boechout	03/4557531
Cailloux Chantal	OCMW	Bruul 52	2800	Mechelen	015/292083
Canniere Christine	Vluchthuis	Koornstraat 4	8800	Roeselare	051/229747
Catteeuw Evelyne	Vluchthuis	Koornstraat 4	8800	Roeselare	051/229747
Christiaans Rita	Katarsis	Past.Raeymaekersstr. 19	3600	Genk	089/358640
Clara Anne	UDGGZ - VUB	Triomflaan 74	1160	Brussel	02/6409302
Cornette Mieke	Psychiatrisch Ziekenhuis O.L.V.	Koning Albert I laan 8	8200	St Michiels Brugge	050/391213
Das Dora	VZW De Hal Vluchthuis	Postbus 55	3290	Diest	013/336812
De Jonghe Annie	Dagcentrum De Kroonmolen	Dalstraat 84	9100	St Niklaas	03/7760041
De Weirdt Hans	PC St Jan de Deo	Fratersplein 9	9000	Gent	09/2258296
Decoene Jos	Psychiatrisch Ziekenhuis O.L.V.	Koning Albert I laan 8	8200	St Michiels Brugge	050/391213
Delrue Katrien	Vluchthuis	Koornstraat 4	8800	Roeselare	051/229747
Deprez Maureen	Krisisopvangcentrum	Gewad 13	9000	Gent	09/2231126
Derez Lieven	VZW Kompas	Min Vd Peereboomlaan 86	8500	Kortrijk	056/202210
Desloovere Hilde	VZW Kompas	Min Vd Peereboomlaan 86	8500	Kortrijk	056/202210
Detailleur Heide	DGGZ	St Jacobsstraat 22	8900	Ieper	055/221250
Devos Francien	Katarsis	Past.Raeymaekersstr. 19	3600	Genk	089/358640
Dhoore	Neuro psych Kl St Jozef	Boterstraat 6	8740	Pittem	
Doumen Marchi	De Fase	Stationstraat 22d	2570	Duffel	
Drieghe Raf	Psych. Inst. St Hieronymus afd 8	Dalstraat 84	9100	St Niklaas	03/7760041
Eilers Hilde	ADIC	Gen. Belliardstraat 16	2000	Antwerpen	03/2252627
Fernands Mady	Opvang vzw - afdeling Antwerpen	Korte Ypermanstraat 32	2060	Antwerpen	03/2725189
Gadisseur Lieve	AZ Stuivenberg			Antwerpen	03/2177735
Galmart Monguerik	Min. Vl. Gem. Sociale Dienst	Boudewijnlaan 30	1000	Brussel	02/5074866
Geeraert Christel	't Dak vzw - onthaaltehuis De Poort	Brusselsesteenweg 45	9280	Lebbeke	052/414644
Geukens Karine					
Ghoos Sonia	CMILA	Hechtelsesteenweg 3	3970	Leopoldsburg	011/398130
Goffinet Lt.	Brigade Brussel	Yzerenkruisstraat 77	1000	Brussel	02/5079242
Gulab Ruby	PC Bethaniën	Handelslei 167	2980	St Antonius Zoersel	03/3802011
Gypen Ann	PC Broeders Alexianen			Boechout	03/4557531

naam / voornaam	werk	adres	postn	plaats	telefoonnumr
Hallet Bernadette	Vekina	Lijndraaiersstraat 50	8400	Oostende	059/808863
Hazenbosch Kris					
Hebbelinck Denise		Gelukstraat 17	9000	Gent	09/2233324
Hennebel	Neuro psych Kl St Jozef	Boterstraat 6	8740	Pittem	
Hief Regina	VZW De Hal Vluchthuis	Postbus 55	3290	Diest	013/336812
Hove Annemie	Ps. Ziekenhuis St Franciscus	Penitentenlaan 7	9620	Zottegem	09/3607171
IJskout Lieve	UC St Jozef	Leuvensesteenweg 517	3070	Kortenberg	02/7580511
Jaeken Els	Crisisinterventiecentrum	Hanswijkstraat 62	2800	Mechelen	015/420333
Knaepen Miet	Katarsis	Past.Raeymaekersstr. 19	3600	Genk	089/358640
Lemmens Vera	PC Broeders Alexianen	Provinciesteenweg 408	2530	Boechout	03/4557531
Maes Petra	PC Broeders Alexianen	Provinciesteenweg 408	2530	Boechout	03/4557531
Mampaey Leen	De Fase	Stationstraat 22d	2570	Duffel	
Marijnissen Rita	Vluchthuis Turnhout	Postbus 76	2300	Turnhout	
Martens	Justitieel Welzijnswerk	Tolstraat 21	2000	Antwerpen	
Martens Marianne	CAD vzw	Luikersteenweg 134	3500	Hasselt	
Muncke Carla	Huize Emmaus	Kasteelstraat 24	9960	Assenede	09/3440058
Neyskens Anne		Gendarmeriestraat 63	1800	Vilvoorde	02/2531900
Nihoul Catrherine	Opvang VZW	Korte Ypermanstraat 32	2060	Antwerpen	03/2725189
Onbekend	Withof - vrouwenopvangscentrum	Deurnevoetweg 10	2900	Schoten	03/6850679
Onbekend	De Sleutel			Gent	
Plessers Sara	Relatie en Welzijn	Plantenstraat 127	3500	Hasselt	011/256777
Ponnet Elsie	Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart	Poperingseweg 16	8900	Ieper	059/219596
Povost Kristien	Vluchthuis	Tiensevest 17	3010	Kessel-Lo	016/201273
Quayhaegens Danny	PC Bethaniënhuis	Handelslei 167	2980	St Ant. Zoersel	03/3802011
Raes M. Jo	Vluchthuis	Koornstraat 4	8800	Roeselare	051/229747
Raeymaekers Denise					
Rakuscek An	Min. Vl. Gem. Sociale Dienst	Boudewijnlaan 30	1000	Brussel	02/5074866
Robijns An	Krisisopvangcentrum	Gewad 13	9000	Gent	09/2231126
Rombouts Katrien	Openb. Psychiatrisch ziekenhuis	Pas 200	2440	Geel	014/579111
Röpcke Nathalie	Krisisopvangcentrum	Gewad 13	9000	Gent	09/2231126
Rottiers J.	Home Anne Francoise	St Vincentius 4	2018	Antwerpen	03/2188880
Ruwilli Trees	OCMW	Vijverstraat 30	8650	Houthulst	051/704164
Sanderson Rolf	Centrum Verslavingszorg Welland	JF Kennedylaan 305	6419	XZ Heerlen Nederland	
Scherlippers Anja	Ps. Ziekenhuis St Franciscus	Penitentenlaan 7	9620	Zottegem	09/3607171
Schoenmaekers Kris	PC Bethaniënhuis	Handelslei 167	2980	St Ant. Zoersel	03/3802011
Schonk Linda	Vluchthuis Turnhout	Postbus 76	2300	Tunhout	
Selschotter Rita	Min Vl. Gem. Sociale Dienst	Boudewijnlaan 30	1000	Brussel	02/5074866

naam / voornaam	werk	adres	postn	plaats	telefoonnumr
Smet Anja	Psych. Inst. St Hieronymus afd 8	Dalstraat 84	9100	St Niklaas	03/7760041
Soenen Chris	Vluchthuis	Koornstraat 4	8800	Roeselare	051/229747
Soens	Plur centr welzijn	Vlaamse Kaar 11	9000	Gent	
Stevens Katty	Huize Emmaus	Kasteelstraat 24	9960	Assenede	09/3440058
Stoelen Sylvia	ADIC	Gen. Belliardstraat 16	2000	Antwerpen	03/2252627
Stoens Valerie	De Wip	St Salvatorstraat 20	9000	Gent	09/2242122
Van Assche Nancy		Oosteeklodorp 45	9968	Oost Eeklo	
Van Belderen Kurt	Ziekenhuis De Bijloke	H. Dumontlaan 5	9000	Gent	
Van Broeck An	Dagcentrum De Kroonmolen	Dalstraat 84	9100	St Niklaas	03/7760041
Van Dael	Justitieel Welzijnswerk	Tolstraat 21	2000	Antwerpen	
Van de Casteele Tania	Ziekenhuis De Bijloke	H. Dumontlaan 5	9000	Gent	
Van de Pol Nadine	Withof - vrouwenopvangscentrum	Deurnevoetweg 10	2900	Schoten	03/6850679
Van Hootegem Anja	Huize Emmaus	Kasteelstraat 24	9960	Assenede	09/3440058
Van Langenhove Liliane		Meiboomlaan 17 bus 21	9470	Denderleeuw	053/673250
Van Mechelen Martine	Vluchthuis Mechelen	Postbus 109	2800	Mechelen	015/208811
Van Tichelt Sabine	Julie Renson Stichting	Lombardijstraat 35	1060	Brussel	02/5389476
Vanbriel Anniek	Katarsis	Past.Raeymaekersstr. 19	3600	Genk	089/358640
Vandenberk Carine	AZ Stuivenberg	Lge Beeldekensstraat 270	2060	Antwerpen	03/2177735
Vandenbroucke Hilde	Min. VL. Gem. Sociale Dienst	Boudewijnlaan 30	1000	Brussel	02/5074866
Vanderhelst Heidi	Vluchthuis	Koornstraat 4	8800	Roeselare	051/229747
Vanderstraeten Lieve	Opvang vzw - afdeling Antwerpen	Korte Ypermanstraat 32	2060	Antwerpen	03/2725189
Vandeviane Christa	Vluchthuis	Koornstraat 4	8800	Roeselare	051/229747
Vansant Ria	Min. VL. Gem. Sociale Dienst	Boudewijnlaan 30	1000	Brussel	02/5074866
Veldeman Leen	ADIC	Gen. Belliardstraat 16	2000	Antwerpen	03/2252627
Verfaillie Nicole	Vluchthuis	Koornstraat 4	8800	Roeselare	051/229747
Verschuere Marina	OCMW Brugge	Carthuiserinnenstraat 4	8000	Brugge	050/339854